



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE SAÚDE COLETIVA**

**RELATOS ÉBRIOS: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE  
MORADORES DE RUA EM TAGUATINGA-DF**

**YURE RODRIGUES ARAÚJO MARTINS**

**CEILÂNDIA**

**2016**

**YURE RODRIGUES ARAÚJO MARTINS**

**RELATOS ÉBRIOS: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MORADORES  
DE RUA EM TAGUATINGA-DF**

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva  
apresentado a Faculdade de Ceilândia da  
Universidade de Brasília para obtenção do título de  
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Pedro de Andrade Calil Jabur

**CEILÂNDIA**

**2016**

YURE RODRIGUES ARAÚJO MARTINS

**RELATOS ÉBRIOS: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MORADORES DE RUA  
EM TAGUATINGA-DF**

Esta monografia foi julgada e aprovada para obtenção do título de graduação no  
curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia.

Brasília, 01 de Dezembro de 2016.

**Breitner Tavares, Coordenador do curso de Saúde Coletiva.**

BANCA EXAMINADORA

Sérgio Schierholt

Breitner Tavares

---

Prof

---

Prof

ORIENTADOR

Pedro Andrade Jabur

---

Prof

---

Prof

## RESUMO

**Introdução.** No Brasil ocorreu um processo de industrialização acelerado e tardio em relação a muitos países. Houve deslocamentos de massas populacionais entre grandes centros urbanos. Circunstâncias percursoras de muitos movimentos migratórios ocasionados supostamente por oportunidades de empregos, situação que mudou a conformação interna de muitas cidades. Entretanto muitos indivíduos não conseguiram adaptar-se e se inserir nas relações sociais que compõe a nova localidade. Dessa forma, manifesta-se a miséria urbana, exibição incômoda da pobreza que é exibida nos grandes centros urbanos exercendo uma nova configuração da pobreza demarcada não mais apenas geograficamente. **Objetivo.** Explorar as principais publicações sobre Populações em situação de rua no Brasil e desenvolver trabalho de campo com a finalidade de referir questões sociais que tem influência na saúde dos indivíduos. Entender a relação dos mesmos com os serviços públicos de saúde. **Justificativa.** Devido ao crescente fenômeno da População em situação de rua nas grandes cidades do Brasil, faz-se necessário observar quais são as contribuições da saúde coletiva diante deste fenômeno e como estes indivíduos se relacionam com as enfermidades na rua. **Metodologia.** Constitui-se de um estudo de natureza exploratória acerca de publicações e legislações pertinentes à temática. O estudo possui caráter qualitativo na medida em que também possui dados provindos de trabalho de campo, apresentando-se em relatos com uma análise discursiva. A pesquisa foi dividida em etapas, compreendendo análise bibliográfica e trabalho de campo voltado ao itinerário terapêutico percorrido por moradores de rua alcoólatras. **Resultados.** Foram analisados historicamente, terminologicamente, socialmente e cientificamente estudos e argumentações legislativas que possibilitaram investigações. São tratadas questões de saúde referentes aos serviços públicos. Além disso, são apresentados significados simbólicos a respeito dos estereótipos relacionados à população em situação de rua. Por acompanhar indivíduos em situação de rua, foram desveladas questões sociais que trazem implicações à maneira de estar na rua e a condição de saúde dos sujeitos. **Conclusão.** É notório um “desalinhamento” governamental a respeito das políticas voltadas à população em situação de rua que acabam por ocasionar reflexões críticas a respeito do foco institucional no sujeito. As ações e serviços ocorrem de maneira verticalizada e não integralmente. Conforme a literatura percebe-se sempre a forte relação da miséria urbana como desencadeadora de aspectos da saúde pública e coletiva. Dessa forma, constatou-se que existem poucos estudos a respeito, ou seja, a saúde coletiva tem muito a contribuir tanto como ciência que possui um olhar amplo sobre fatores que desencadeiam a saúde ou doença quanto conceito direcionador de ações e serviços públicos de saúde.

**Palavras-chave:** População em situação de rua, Rua, Saúde Coletiva, Itinerário Terapêutico.

## ABSTRACT

**Introduction.** In Brazil a process of accelerated and late industrialization took place in relation to many countries. There were displacements of population masses between large urban centers. Harbinger circumstances of many migratory movements supposedly caused by job opportunities, a situation that changed the internal conformation of many cities. However, many individuals failed to adapt and insert themselves in the social relations that make up the new locality. In this way, urban misery manifests itself as an uncomfortable display of poverty that is exhibited in large urban centers, exerting a new configuration of demarcated poverty, no longer just geographically. **Goal.** Explore the main publications on Populations in street situations in Brazil and develop fieldwork with the purpose of referring social issues that have influence on the health of individuals. Understand their relationship with public health services. **Justification.** Due to the increasing phenomenon of the Population in street situation in the big cities of Brazil, it is necessary to observe what are the contributions of collective health in face of this phenomenon and how these individuals relate to the diseases in the street. **Methodology.** It is an exploratory study of publications and legislation relevant to the subject. The study has a qualitative character in that it also has data from field work, presenting itself in reports with a discursive analysis. The research was divided into stages, comprising bibliographical analysis and fieldwork aimed at the therapeutic itinerary carried out by alcoholic street dwellers. **Results.** Historically, socially and scientifically, studies and legislative arguments have been analyzed that made possible investigations. Health issues related to public services are addressed. In addition, symbolic meanings are presented regarding the stereotypes related to the street population. By accompanying individuals in a street situation, social issues were revealed that have implications for the way of being on the street and the health condition of the subjects. **Conclusion.** There is a notable "governmental misalignment" regarding the policies aimed at the population in a street situation that end up provoking critical reflections on the institutional focus on the subject. Actions and services occur in a vertically and not integrally way. According to the literature, the strong relation of urban misery is always perceived as triggering aspects of public and collective health. Thus, it was verified that there are few studies about this. That is, collective health has much to contribute as well as science that has a broad look at factors that trigger health or disease as a guiding concept of actions and public health services.

**Keywords:** Population in street situation, Street, Collective Health, Therapeutic Itinerary.

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução.....</b>	<b>15</b>
1.1 Migrações, espaço urbano e pobreza nas ruas.....	16
<b>2 Os muitos nomes da rua.....</b>	<b>21</b>
2.1 Pesquisa Nacional.....	23
2.2 Manual de cuidado em População em situação de rua.....	25
<b>3 Quando a saúde não é coletiva: aproximações metodológicas.....</b>	<b>31</b>
3.1 Aconchegando-se na rua.....	32
<b>4 Pesquisa de Campo.....</b>	<b>37</b>
4.1 Carlos (Vascaíno).....	38
4.2 Raimundo (Piáu).....	44
<b>5 Considerações Finais.....</b>	<b>51</b>
<b>6 Referencial Bibliográfico.....</b>	<b>59</b>

“Conheci o paraíso e eu conheço o inferno, vi Jesus de calça bege e o diabo vestido de terno. No Mundo moderno, as pessoas não se falam. Ao contrário se calam, se pisam, se traem e se matam. Embaralho as cartas da inveja e da traição. Copa, ouro e uma espada na mão. O que é bom pra si e o que sobra é do outro, que nem o sol que aquece, mas também apodrece o esgoto. É muito louco olhar as pessoas, a atitude do mal influencia a minoria boa. Eu vejo o rico que teme perder a fortuna enquanto o mano desempregado, viciado, se afunda. Falo do enfermo irmão, falo do são então. Falo da rua que pra esse louco mundão que o caminho da cura pode ser a doença. Que o caminho do perdão às vezes é a sentença, desavença, treta e falsa união. A ambição é como um véu que cega os irmãos, que nem um carro guiado na estrada da vida sem farol no deserto das trevas perdidas. Eu fui orgia, ébrio, louco, mas hoje ando sóbrio”

Racionais Mcs A vida é um desafio.

## 1. Introdução

O trabalho é uma tentativa de análise da população em situação de rua (PSR) no Brasil, especificamente da região das cidade do Distrito Federal. São explorados aspectos históricos, políticos, institucionais e sociais que retratam a migração, os contextos urbanos e a pobreza nas ruas. Além disso, o trabalho versa sobre as diversas interpretações da rua no que diz respeito às vulnerabilidades sociais que afetam a saúde, principalmente por riscos que compõe a permanência no espaço público.

Esta composição explora a multiplicidade terminológica que é atribuída a esta população e suas características diante do que fazem, podendo os muitos nomes da rua ser associados a comportamentos e ações que geram desfechos de saúde. Estereótipos comuns à população em situação de rua são observados.

No âmbito legislativo, foram expostas as promulgações de decretos e a criação de políticas, de maneira a explicar o desencadear de ações dos serviços de saúde e assistência social. A influência das Organizações não governamentais e principais instituições governamentais envolvidas.

A obra trata também das questões científicas, diante da pesquisa nacional e distrital sobre população em situação de rua. Discute a criação do Manual de cuidado da população em situação de rua e a Política nacional de Assistência social, explicando de maneira geral as ações de saúde e assistência sociais desenvolvidas.

São interpretadas as experiências de saúde de pessoas em situação de rua no decorrer do trabalho, explorando relatos sobre situações pessoais e situações vividas na rua. Foram acompanhados dois indivíduos em situação de rua em Taguatinga-Norte em um período de três meses.

De antemão foi constituído vínculo com os sujeitos. Aconteceram várias visitas em diferentes dias e horários. Houve conversas informais e até gravações, estas aconteceram de forma ininterrupta durante a noite em uma praça próxima a um beco na área comercial de Taguatinga. Durante o dia também aconteceram conversas, entretanto eram quase sempre



interrompidas, pois ou estavam vigiando carros ou bêbados demais para conversar, portanto também foi usado um caderno de campo tentando sempre respeitar a rotina destas pessoas.

Os relatos foram transcritos e compilados. Discutiu-se as narrativas sobre as histórias de vida dos sujeitos e o itinerário terapêutico percorrido na rua diante de problemas de saúde vivenciados. Os textos foram formulados com enfoque retrospectivo sobre a trajetória dos indivíduos em situação de rua. Ambos tinham por semelhança, o fato de consumir bebidas alcoólicas constantemente.

Os escritos foram apresentados de maneira a demonstrar a combinação de relatos sobre trajetória (história de vida) e evidenciar o itinerário terapêutico “trilhado” diante do alcoolismo. No mesmo sentido, são contrapostas indagações e observações sobre a situação do indivíduo antes e depois de estar em situação de rua. Associa-se o álcool aos desfechos da atual estadia na rua no sentido de perceber quais estratégias e atitudes são tomadas perante as condições extremas ocasionadas por agravos de Saúde que estão sendo vividos na rua. De maneira a entender o que álcool proporciona diante da condição de estar na rua e perceber as consequências das interações.

O trabalho demonstra associações e explorações sobre o processo de saúde-doença observando as características do contexto em que estão inseridos os indivíduos. Levou-se em consideração a compreensão da cidade moderna como um espaço de adversidades, principalmente pelas relações que proporciona na rua. Observada como um ambiente que promove liberdade de escolhas para uns e de sujeições para outros.

Também são expostas questões relevantes sobre o acesso aos serviços de saúde por indivíduos em situação de rua, bem como os determinantes sociais que influenciaram seus percursos. Os sujeitos foram pesquisados por diferentes perspectivas e levantaram-se questões que direcionam a reflexões. Dessa maneira a Saúde Coletiva é ilustrada diante da População em Situação de Rua.

## 1.1 Migrações, espaço urbano e pobreza nas ruas

No Brasil ocorreu um processo de industrialização tardio em relação a muitos países ocidentais e europeus. Por isso, o movimento de atração de massa populacional aos grandes centros urbanos industrializados somente ocorreu como fenômeno a partir da década de 50/60 do século passado (evidenciado também pela mudança da capital do país).

Dentre estas mesmas décadas, emergiram várias metrópoles não centralizadas em território nacional, oriundas de políticas de governo que buscavam a interiorização do país. É de grande relevância citar o contexto histórico a partir do governo de Juscelino Kubitschek, que foi retratado por grandes investimentos, construção de cidades e rodovias, que estimularam e promoveram o encadeamento urbano e a interiorização do país.

Todas estas circunstâncias foram precursoras de muitos movimentos migratórios entre as cidades do Brasil. Por consequência houve grandes mudanças no que diz respeito à conformação interna das cidades brasileiras. Principalmente as cidades que receberam muitos migrantes, migração que é ocasionada pela busca ao emprego e a moradia, atração pela manutenção da vida por supostas oportunidades na “cidade grande”. Porém nem todos migrantes conseguem se adaptar e se inserir nas relações sociais que se compõe na nova localidade. Muitas vezes sem condições, não se atingem o padrão periférico do crescimento urbano, sendo alheios até à periferia.

Manifesta-se a miséria urbana, precariedade que é vista a olho nu nas ruas e que passa a ser uma exibição incômoda da pobreza. Retratada nos centros urbanos e exercendo uma nova configuração da pobreza demarcada não mais apenas geograficamente. Trata-se de uma penúria vivida por várias pessoas e que acontece de diferentes formas nas ruas das cidades, no espaço público.

São indivíduos que pernoitam em locais públicos como praças, calçadas, marquises, jardins, viadutos, construções abandonadas, mocós, buracos, carcaças de veículos, terrenos baldios e todos os tipos de “*locus*” habitacionais urbanos.

Assim, o agravamento da questão social contribuiu para que esse contingente fizesse das ruas seu espaço de moradia e/ou sobrevivência e houvesse um aumento da população em situação de rua nos grandes centros urbanos, incluindo-se aí crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias.

Aquela parcela da população conhecida nas cidades por viver da caridade, da Igreja e do Estado, e que aos olhos destes tinham pouca ou nenhuma capacidade ou potencial de proceder a transformações efetivas em sua condição de vida, ganhou, portanto, novos contornos dados pela forma de ocupação do espaço e de sociabilidade no Brasil urbano e industrializado. (BRASIL, 2011).

Utilizam este espaço para aconchegar-se em suas estadias, utilizam materiais encontrados no cenário urbano para instalar seu dormitório e seus pertences no concreto frio e sujo, como papelões, colchões velhos, sucatas e o que estiver ao seu alcance e redor, vivem-se na rua e vive-se da rua. São indivíduos que possuem experiências e particularidades que se moldam entre os efeitos de suas trajetórias de vida e a realidade que se apresenta diante do espaço e ambiente em que estão inseridos.

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

A rua converte-se não mais em espaço de trânsito, mas sim de permanência. Adentrar as ruas torna-se um processo de substituição diante das perdas. Constitui desenvolvimento e aprendizado, para lidar com as pessoas e com outros recursos de sobrevivência, que até então eram ignorados e que passam a ser fundamentais para organizar-se e subsistir na rua. Para conviver com a escassez e impossibilidades. Estes recursos permitem quase sempre de maneira improvisada, a satisfação das necessidades. Ajudam superar as dificuldades e a “matar um leão por dia” na “selva de concreto e aço”.

Não podemos inferir o motivo pelo qual uma pessoa vá “*morar*” na rua, no chão, nas calçadas, debaixo de marquises, no sujo, no espaço coletivo. Em sua maioria, são pessoas que se encontram em situações degradantes provindas de vários âmbitos da vida social. Como por exemplo, desilusões amorosas, desenvolvimento de problemas graves de saúde, abandono do território natal, o rompimento de vínculos familiares, a própria rejeição e a solidão.

Dentro de suas particularidades, os indivíduos possuem significados e significantes, provindos de experiências e reações em suas trajetórias, não podendo haver generalizações diante da subjetividade da individualidade das pessoas. Frangella (2004) traz que, as

populações em situação de rua são os constituintes de um segmento social que por diversas trajetórias e histórias, foram desvinculadas do que é socialmente aceito (uma casa, um trabalho fixo, relações estáveis).

Desprivem de condições materiais e simbólicas convencionais, por exemplo, de casa e trabalho. Vivem em locais impensáveis para a habitação, como as ruas, os espaços vazios embaixo de viadutos, as praças, as calçadas, locais, a princípio, de transição de pedestres. É criada uma dinâmica própria na rua, marcadas por vivências, interações sociais práticas e simbólicas. São vistos muitas vezes como pessoas “sem lugar”, tanto fisicamente como simbolicamente. O corpo demonstra as intervenções e manifestações de vivências do indivíduo, por exemplo, as violências sofridas.

São indivíduos com trajetórias de vidas diferentes e que possuem particularidades quanto a sua maneira de “*estar na rua*”. É um desafio para formulação de políticas públicas, pois são pessoas que estão em situações distintas, que se expressaram de maneiras heterogêneas no contexto urbano. Portanto, a expressão “*situação de rua*”, não é um sentido definitivo ou mesmo que dê conta das perspectivas conceituais e de análises expostas, mas sim uma forma de tentar compreender uma multiplicidade: Não é uma situação de rua, mas sim situações, portanto “situações de rua”, com o fato de estar na rua, de morar na rua. Circunstância que de certa forma é uma adequação que traz algum reconhecimento político e social para as instituições e à população. Sendo um meio de possibilitar parâmetros de inserção e análise junto às políticas públicas sociais e de saúde.

Logo se pode compreender que não se trata de um motivo, e sim de um conjunto de razões ou “desrazões” que podem compor a realidade de cada um. A tal ponto que há condução de se tomar escolhas que podem ou não trazer consequências. Estas, sendo influenciadas pela cultura ou significados que se carregam, compostas em trajetórias. É importante ressaltar que permanecer na rua, traz ao indivíduo diversos riscos e incapacidades devido à repentinas exposições. Simplesmente pelo fato de estar “*largado na rua*”, de dormir em locais onde todos trafegam, locais públicos. Isto facilita diversas vulnerabilidades que compõe a insegurança social.

Tratando-se dos riscos à saúde, a princípio, podemos pensar na precária ou não realização da higiene. O contato com a sujeira, lixo, insetos, os ratos, os pombos. A dificuldade de dormir, o ruído cotidiano, a alimentação descompensada. Come-se o que acha ou o que ganha, o que dá para comprar, e quando dá? A possibilidade de compartilhar objetos

de uso pessoal, fumar dos mesmos cigarros, colocar a boca na mesma garrafa de pinga, roupas sem lavar, mãos sem lavar, dentes sem escovar, dentre outras várias possibilidades que gradualmente acabam fragilizando a qualidade de vida dos indivíduos. Além da degradação da saúde, estar na rua, traz riscos sociais comuns e incomuns.

Quando qualquer pessoa sai de casa, está sujeita a diversas possibilidades. Dependendo de onde passa e como se porta na rua. Entretanto a possibilidade de vivenciar situações inusitadas é mais recorrente quando se passa mais tempo em ambientes públicos. Quem está na rua por mais tempo, logo tem mais possibilidades de se deparar com problemas constituídos da permanência contínua na rua; a violência social, a exclusão, violência institucional, repressão militar, estigmas, possibilidade de participar de atritos, ser assaltado, contaminar-se adoecer, atropelamentos, cometimento de crimes diversos.

Por outro lado à impossibilidade de realizar atividades sociais que necessitam de vínculos e amizades, dinheiro, de ter uma roupa limpa e moralmente adequada a determinados recintos, de um lugar com privacidade, do silêncio. As sujeições às condições que fogem das “normas padrões sociais”, a desordem e o atentado ao próximo, tornam-se algo comum diante da condição de não se ter nada. Tudo isso remete a um estado limítrofe.

Os indivíduos sujeitam-se a diversas situações que se constituem em humilhações, mendicância, dependências, desmoralizações, repúdio, medo, limitações diversas. Tudo isso influencia a desenvolver mecanismos que se adéquem as situações presentes, para que assim seja possível conseguir alguma coisa. Podemos pensar na criatividade, o modo de se mostrar útil e conseguir dinheiro, principalmente perante às falhas e possibilidades do ambiente e do Estado (Poder Público). O ato de “*charlatar*”, que no vocabulário de rua, funciona não como uma forma de pedir, mais como uma ação de prever alguma forma de se beneficiar, conseguir algo, mentir para influenciar as ações alheias, chegar a algum resultado objetivo, é como se existisse o verbo “*charlate*”: eu “*charlato*”, tu “*charlatas*”, nós “*charlatamos*”.

Socialmente falando, no dia-a-dia, a população em situações de rua sofre com o pré-conceito e com o medo, com o “*desviar*” das pessoas, sendo tratados como incômodos desnecessários e supérfluos. A população, “*o outro lado*”. Por sua vez, faz associações e denominações aos indivíduos, geralmente por sua aparência ou pela forma que estão se portando, pelo cheiro, pela não conformidade ao padrão em que as pessoas se “apresentam” na rua. E daí se esquece de que são seres humanos também, constituintes do meio urbano e

dotados de direitos. Assim acabam agindo como se soubessem ou tivessem acompanhado a trajetória alheia, emitindo juízos de valor, criando estereótipos e propagando-os.

## 2. Os muitos nomes da rua

No Brasil é bastante comum e são muito amplas as conceituações designadas às pessoas que estão em situação de rua. Até por elas mesmas, geralmente são atribuídos significados referentes ao que fazem e como se apresentam na rua.

Vários são os que pedem dinheiro em locais estratégicos, normalmente loucos de rua que buscam “charlatar” as pessoas para conseguir dinheiro e consequentemente usar drogas, como álcool e crack. No imaginário social ocorre a denominação de mendigo. É importante ressaltar que muitas pessoas utilizam esse termo para conceituar qualquer pessoa que esteja em situação de rua. Todavia muitas pesquisas já publicadas apontam que não há relação estabelecida e que não constituem a maioria da população em situações de rua.

É comum o conceito de “*maloqueiro*”, mas não para designar quem usa malocas, que dorme em buracos. No dialeto da Rua, funciona não como um substantivo, mas como um adjetivo que aborda uma forma de viver, de não respeitar as regras, de pensar e agir com o propósito de ganhar dinheiro fora dos parâmetros sociais, da quebra de decoro social, pela forma de se portar, de agir, e de se vestir.

Se mostrar como ameaçador, uma forma de expressar-se como um resultado criado pelas incapacidades do estado. O fato de conhecer e viver à rua, de saber os caminhos mais curtos, entender os códigos e conhecer e se articular com os atores nem sempre institucionais que estão operando nas ruas. Em consequência surge o termo “maloqueiragem” abrangendo estes significados de uma forma mais ampla.

É habitual que aos indivíduos que recolhem materiais recicláveis como papel, latinhas, cobre ou plástico sejam denominados como catadores, lixeiros e “*sujismundos*”. Em sua maioria trabalhadores que vivem nas ruas, que não são reconhecidos legalmente por sua ocupação, nem socialmente pela importância de seu papel na reciclagem. Muitos trabalham

em canteiros de obras, como ajudantes de pedreiro com funções rústicas, por carregar peso e permanecer muito tempo no sol, há a denominação de “peão”.

O termo indigente é atribuído ao que não possui documentos ou não se recorda do nome, comumente designado aos que possuem apelidos. O Brasil por ser um país com forte influência da igreja há muitas instituições não governamentais que assistem a população em situação de rua, como casas de recuperação e albergues. Tem-se uma denominação de influência religiosa que caracteriza os moradores de rua como “sofredores de rua”.

Aos que utilizam “*crack*” indiscriminadamente, há a denominação de “*noiado*”, “*crackudo*”, “*pedrita*”. Normalmente procuram e carregam latinhas de refrigerante amassadas e as utilizam como cachimbo, juntamente a cinza de cigarros, que facilita a combustão da droga. É um kit improvisado que é fácil de achar na rua: “bitucas” de cigarro e “latinhas”. Os “que são alcoólatras, dependentes crônicos de álcool, são chamados de “bebum”, “pé inchado”, “*cuspe de cana*”. Compram bebidas baratas como “pedra 90” e consomem gradualmente sozinhos ou de forma compartilhada.

Há também a expressão “ 22 ”, atribuída aos que se comportam de forma diferente, que quebram o decoro social, quase como um sinônimo de “doido”. É importante entender que são inúmeros exemplos que variam terminologicamente entre as regiões do país. Estas denominações são exemplos comuns porém não abrangem a multiplicidade de possibilidades destes indivíduos.

Bento e Barreto (2002) destacam a variabilidade terminológica e conceitual no processo de estudo e pesquisa sobre a população em situação de rua, no contexto português especificamente e no europeu. É interessante observar o inventário construído pelos autores, guardadas, obviamente, as devidas ressalvas quanto a especificidades linguísticas e culturais. Em forma de um quadro comparativo, os autores apresentam as seguintes especificidades terminológicas.

<p>O <b>vagabundo</b> ou <b>vagamundo</b> (do latim <i>vagari</i>) é aquele que vagueia e não tem casa, corre o mundo sem finalidade determinada, um ser errante e errático, sem rumo fixo. É também utilizado como sinônimo de inconstante e instável.</p>
---

<p>O <b>vadio</b> é aquele que não trabalha nem tem modo de vida, vagamundo ocioso e mandrião.</p>
--

O <b>ocioso</b> é aquele que não trabalha, <i>é um dos elementos jurídicos que caracterizam o mendigo-vadio</i> (Fatela, 1989).
O <b>mendigo</b> (latino <i>mendicu</i> ) é aquele que pede esmola.
O <b>indigente</b> (latim <i>indigente</i> ) é a pessoa muito pobre, que vive na miséria, na pobreza absoluta.
Segundo Buescu (1984), em Monsanto (Beira Baixa) usam-se ainda termos como <b>andino</b> ou <b>indino</b> (vadio), <b>regalão</b> (ocioso) e <b>unto-sem-sal</b> (pessoa sem atividade).
<b>Sem-abrigo</b> é a tradução do Francês <i>sans abri</i> e do inglês <i>homeless</i> .
Em francês, na Idade Média, dizia-se <i>ruffians, oyseux, mâraux ou caymands</i> para descrever os vagabundos (Damon, 1998).
<b>Sansabri</b> (1935) reenvia <i>a uma idéia de falta de habitat mínimo, que protegia o homem do frio, do vento ou da chuva, que, da mesma maneira que a alimentação e/ou o vestuário, assegura uma necessidade essencial à sobrevivência humana</i> (Thomas 1997).
<b>Sanslogis</b> (1893) reenvia para a falta de habitação e de um lugar de vida social (Thomas, 1997).
<b>Sans-domicile-fixe</b> (1969) provém da terminologia da lei francesa de 3 de Julho de 1969, que refere <i>as pessoas circulando em França sem domicílio nem residência fixa</i> (Thomas, 1997).
<b>Houseless</b> refere a simples falta de uma residência física, ao passo que <i>homeless</i> é a pessoa que, além da falta de residência, tem algum grau de isolamento social ou de desafiliação. Ou seja, a noção de <i>homeless</i> é uma equação de duas partes, em que uma representa a ausência de residência física e a outra a ausência de recursos e laços comunitários que lhe permitam reverter a situação.

In: Bento e Barreto (2002)

## 2.1 Pesquisa Nacional

Com a promulgação no Brasil, da Política Nacional para a População em Situação de Rua, através do decreto 7.053 de 2009. Houve a possibilidade de construção das lógicas de apoio e cuidado institucionais e a realização e publicação de uma série de pesquisas de perspectiva majoritariamente censitárias, manuais de cuidado e outras linhas de pensamento acerca desta população.

Por isso, de certa forma, o termo população em situação de rua (e sua respectiva sigla PSR) é fruto tanto de uma elaboração estatal, como de um natural processo de



amadurecimento dos movimentos sociais na tentativa de abarcar uma multiplicidade de indivíduos e situações. Na íntegra, o decreto traz em seu *caput*, uma definição limitada sobre população em situações de rua.

Em 2008 foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (PNPSR), realizada pelo o Instituto Meta que foi selecionado por meio de licitação pública, sendo, portanto o responsável pela execução da pesquisa. Um trabalho que se desenvolveu mediante um acordo de cooperação assinado entre a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O público-alvo da pesquisa foi composto por pessoas com 18 anos completos ou mais vivendo em situação de rua. O levantamento abrangeu um conjunto de 71 cidades brasileiras. Desse total, fizeram parte 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais, independentemente de seu porte populacional.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, Meta (2008). O perfil encontrado pela pesquisa sugere que a população em situação de rua em 2007 era predominantemente masculina (82%), mais da metade (53%) possuía entre 25 e 44 anos. Os dados afirmam que principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Dos entrevistados no censo, (71,3%) citaram pelo menos um desses três motivos (que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro). Sobre a trajetória, 45,8% dos entrevistados sempre viveram no município em que moravam; 56% vieram de municípios do mesmo Estado de moradia à época; e 72%, de áreas urbanas. Dos que já moraram em outra(s) cidade(s), 45,3% se deslocaram em função da procura de oportunidades de trabalho e o segundo principal motivo foram às desavenças familiares (18,4%).

Do total de indivíduos pesquisados, 48,4% estava há mais de dois anos dormindo na rua ou em albergue. Em relação ao local onde dormia, a maioria costumava dormir na rua (69,6%); um grupo relativamente menor (22,1%), em albergues ou outras instituições; e apenas (8,3%) costumavam alternar, ora dormindo na rua, ora em albergues. Sobre os vínculos familiares, (51,9%) dos entrevistados possuíam algum parente residente na cidade onde se encontravam, porém (38,9%) deles não mantinham contato com esses parentes e (14,5%) mantinham contato em períodos espaçados (de dois em dois meses até um ano).

Em relação à alimentação, a maioria (79,6%) conseguia fazer ao menos uma refeição por dia, sendo que (27,4%) destes compravam comida com seu próprio dinheiro. Contudo, (19%) não conseguiam se alimentar todos os dias (ao menos uma refeição por dia). Sobre suas condições de saúde, (29,7%) dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, cujos problemas mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Dos entrevistados, 18,7% faziam uso de algum medicamento. Postos/centros de saúde eram as principais vias de acesso a esses medicamentos. Daqueles que os utilizavam, 48,6% afirmaram consegui-los por esse meio. Quando doentes 43,8% procuravam em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuravam o posto de saúde. Esse dado demonstra o quanto os Consultórios de Rua e outras estratégias de atenção primária devem se aproximar do usuário em situação de rua.

Diante da subjetividade que se expressa nas diferentes realidades urbanas brasileiras, diferenças culturais, regionais etc. Estes dados não traduzem de forma qualitativa os verdadeiros motivos ou aspectos que seriam importantes para a compreensão do processo de “estar na rua”. Apenas apontam com caráter técnico as consequências das trajetórias dos indivíduos, não trazendo ênfase para as particularidades e contexto onde se emerge este processo.

Ainda minimizando a trajetória dos indivíduos à destinação da cidade natal ao local atual. Desta forma não se aprofundam as pesquisas no que diz respeito às questões sociais, como por exemplo, se os indivíduos estavam sóbrios ou não, se viviam em grupos, se aparentavam ter algum problema de Saúde mental ou até mesmo se desejam ou não estar na rua. Trata-se de um recenseamento que trouxe informações importantes, mas, não expressa de forma ampla a realidade das ruas.

Contudo é uma das únicas pesquisas em âmbito nacional e de caráter institucional sobre PSR. O próprio manual ressalta que apesar de esses dados extraídos do sumário executivo do censo de população em situação de rua constituir um diagnóstico da realidade da população em situação de rua em muitos municípios brasileiros, é importante considerar que o período apurado pode não mais retratar a realidade atual, tendo em vista a característica migratória dessa população, a mudança de estratégias públicas dirigidas a ela e outras variáveis sociais que dão novas facetas ao fenômeno.

## 2.2 Manual de Cuidado em População em Situação de Rua

A PSR na contextualização urbana brasileira é percebida dentre vários autores como Escorel (2000), conforme um segmento social diversificado, que embora tenha algumas características em comum, segundo a autora, é marcado por estar em condição limítrofe, fora de inserção dos parâmetros sociais "aceitáveis", ou seja, sem relações, emprego, um território, talvez nem mesmo saúde. Estando em uma conjuntura em que o sujeito tende à degradação, tanto fisicamente quanto psicologicamente, são adversidades cotidianas que levam a problemas imensuráveis.

Entretanto por se tratar de várias realidades, mesmo onde não podemos conceber ou apontar motivos, depreende-se que são indivíduos que devem ser vistos com um olhar mais sensível, pois são pessoas que estão imersas nas diversas diferenças sociais, mas principalmente onde se constitui a ideia de uma “margem” diferenciada, que ultrapassa as barreiras geográficas da pobreza e da miséria da periferia, surgindo no “meio” das cidades, nas áreas verdes, nos viadutos, no chão do centro, nas rodoviárias, hospitais enfim.

O fato é que são indivíduos tidos como miseráveis e que estão multiplicando-se no perímetro urbano, não se pode atribuir juízos de valor, porém pode-se ter um olhar mais sensível diante dos “devaneios” do capitalismo, diante das recessões econômicas do país que fragilizam as políticas sociais e consequentemente trazem menos “proteção social” em nosso Estado Democrático de Direito. Por sua vez há mais indivíduos que permanecem e perambulam no espaço urbano, sem condições de se cuidar, de trabalhar, prover alimentação, muitas vezes até de ir ao banheiro, constituindo uma realidade de privações. Trata-se de olhar a cidade pelo lado de baixo, como se fossem a sujeira no chão, que o cidadão “civilizado” olha e finge que não vê.

Estas circunstâncias como afirma Escorel (2000), remetem a exclusão social destas pessoas, pois cada vez mais aparecem nas vistas do povo como diferentes do novo padrão urbano, ao pedir, ao feder, se portando como bêbados e drogados, cos pés descalços, usando locais impróprios para dormir, atrapalhando os fluxos de pedestres principalmente nos centros, quebrando o decoro da individualidade e do silêncio nas paradas de ônibus, como a autora diz, sendo no mínimo incômodos, o que gera o estereótipo que consequentemente traz ainda mais carências, principalmente a de informações, que passa pela falta de vínculos e o acesso aos meios de comunicação, o sujeito se limita a sua trajetória, absorvendo só o que aparece na sua frente, nas suas vistas, na rua.

Este olhar traz em sua bagagem, além das particularidades do indivíduo, a relação de uma combinação da miséria com a marginalidade, que por sua vez afloram diante de sujeições e ocorrências sociais e fisiológicas, que são circunstâncias individuais que tem representação diferente a cada pessoa, em “resultância”, acabando por proporcionar ou condicionar alternativas para seguir, na inconstante trajetória da vida dos sujeitos. Como faz com as dores? Com as cáries? Com a vontade de transar? Com as humilhações, com a moral? Com a fome?

Portanto diante dessa existência reduzida, que deve ser entendida a partir da consideração sobre termo mais adequado que seria população em "situações de rua", há de se entender que era, e que ainda se constitui um desafio mobilizar estes indivíduos para a busca da “proteção social” do Estado, como sendo atores atuantes e ocupantes dos espaços políticos.

Contudo, a PSR obteve várias conquistas ao longo da história através de lutas e movimentos sociais que aconteceram principalmente em algumas décadas, é importante ressaltar que simultaneamente, são períodos em que também ocorre à consolidação das grandes cidades, mudanças demográficas, emigrações, aumento contínuo do trânsito de veículos, descentralização de centros, surgimento de imensas periferias, consumo e tráfico de drogas, revoluções tecnológicas etc.

Mais tardiamente pode-se perceber que houve o "reconhecimento" por meio da promulgação de políticas públicas em âmbito nacional e há de se dizer que a população em situação de rua conquistou vários espaços, principalmente com apoio do setor privado e o auxílio das Igrejas.

Porém não há como evidenciar o comprometimento de atores públicos para com a proteção social destes indivíduos. Remetendo a uma significação política que se minimiza na denominação para que se afirme como grupo populacional.

Também significou um desafio ao longo da construção política, a representação, que é algo imprescindível para apontar as reais necessidades, já que esta população necessitava de projetos e dinâmicas diferentes das que já estavam sendo trabalhadas, para que de fato houvesse a garantia dos direitos, pelo menos para alguns.

Em 2004 foi promulgada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Onze anos após a publicação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), é então publicado um conjunto de orientação que reorganiza dentro das LOAS as ações de assistência social.

Simultaneamente, surge o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que é o modelo vigente de orientação utilizado no Brasil para realizar as ações de assistência social. O SUAS foi criado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome a partir do

capítulo previsto na lei federal nº 8.742, de sete de dezembro de 1993, intrínseca a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).

Bem tardiamente, com a aprovação da resolução Nº 109º, de 11 de novembro de 2009, houve a tipificação da orientação dos serviços, proporcionando a divisão em alta e média complexidade de atenção, sendo a média para determinados casos, inclusive PSR, tratando apenas o indivíduo, no caso da alta complexidade, a atenção se expande até a família dos sujeitos, trazendo possibilidades para desenvolver condições para a independência, a autonomia e o autocuidado.

Após constatações institucionais a respeito deste grupo populacional, foram buscados maiores conhecimentos sobre esta “nova” coletividade urbana. Consequentemente foram determinadas novas orientações a respeito das políticas públicas, proporcionando de certa forma, o reconhecimento dos indivíduos perante as instituições governamentais, como sujeitos que possuem vulnerabilidades, que necessitam de providências sociais associadas às diligências de saúde, com incumbência diferenciada em face das particularidades dos indivíduos.

O Estado brasileiro, ao reconhecer e garantir à pessoa em situação de rua todos os direitos devidos à pessoa humana, com base nos princípios de igualdade e equidade, reconheceu que esses direitos ainda não lhes foram totalmente garantidos. Nesse contexto, representou um importante avanço, no campo da legislação brasileira, a aprovação da Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005 que alterou o art. 23 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, incorporando à LOAS a criação de programas de proteção social às pessoas em situação de rua no campo da Assistência Social, o que reafirmou o dever do Estado com a proteção social aos cidadãos brasileiros que se encontram em situação de rua no Brasil. (BRASIL, 2011).

O decreto que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua é o Decreto nº 7053/2009, ele prevê a criação do Centro Pop, que considera esta população não somente como um grupo homogêneo, mas também que demanda atenções específicas, portanto foi criado o Centro Pop em várias regiões do país, para que se volte especificamente, para o atendimento especializado à PSR, devendo ofertar, obrigatoriamente serviços específicos com foco multiprofissional.

O Decreto também prevê que o Centro Pop deve prover condições necessárias para viabilizar a inclusão no cadastro único para programas sociais do Governo Federal. No Distrito Federal atualmente, há duas unidades do Centro Pop, uma em Brasília e outra em Taguatinga – DF.

Dentre as atribuições de diretrizes e princípios, no Art. 7º Inciso X está escrito “criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços”.

No âmbito da saúde, sabe-se que antes a este processo, ocorreu à instauração do Sistema Único de Saúde (SUS), que ampliou a seguridade social, trazendo mais direitos e deveres aos indivíduos. Porém, só em 2011, com a determinação da criação dos Consultórios na Rua pela Política Nacional de Atenção Básica, que vislumbrou a ampliação do acesso das Populações em Situações de Rua aos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária.

As iniciativas de cuidado relacionadas à população em situação de rua foram evidenciadas primeiramente nas grandes metrópoles. Principalmente com representação social, grupos de PSR buscaram politicamente uma identificação para que pudessem ser discutidas alternativas para haver abordagens e ações do poder público frente às demandas deste segmento.

Houve, pelo menos institucionalmente a indução e imposição de atendimento a estes indivíduos. É importante entender que a política não circunscreve que apenas os Consultórios na Rua devam atender a PSR, mas prevê que todos os profissionais de saúde tenham responsabilidades na atenção a esta população vulnerável.

Evidencia-se o Consultório na rua, com a constituição de uma equipe multiprofissional que presta atenção à saúde de forma integral a população em situação de rua dos seus determinados territórios. As atividades são realizadas de forma itinerante, com o desenvolvimento ações associadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O Consultório na Rua foi criado a partir do Programa de Saúde da Família. Primeiramente foi fundado o Consultório de Rua na Bahia que é voltado para questões sociais, e somente em 2012 o Consultório na Rua se iniciou no DF com o intuito diferente do Consultório de Rua, que de forma mais ampla é voltado para atenção, inclusão e promoção da saúde das pessoas em situação de rua.

Os Consultórios na Rua lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos da atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

A abordagem é realizada em catadores de papelão, profissionais do sexo, flanelinhas, usuários de drogas, pessoas que estão em situação de rua, ou que estejam trabalhando nas ruas. Há o acompanhamento dos profissionais com os usuários do serviço em consultas e

tratamentos devido à dificuldade de criar novos vínculos, principalmente com as gestantes e pacientes psiquiátricos.

Eles fazem também a regionalização, indicando os usuários para outros centros de saúde mais próximos de onde ficam. O papel deles também é de divulgar o trabalho que é feito com essa população, quebrando paradigmas com as próprias pessoas e com os profissionais de saúde de outros centros ou até mesmo do próprio ponto fixo.

No decreto foram ressaltadas algumas diretrizes, como a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; a integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para a execução da política, entretanto na política propriamente dita não há nada pautado diretamente a atenção primária desta população, se quer qualquer proposta para atenção continuada.

Para levar em conta a noção da PSR no Distrito Federal, tendo em vista o projeto “Renovando a cidadania”, pesquisa sobre população em situação de rua no DF, podemos levar em conta que no período da realização do Censo da População em Situação de Rua do Distrito Federal foram encontrados 2.512 indivíduos – incluindo crianças, adolescentes e adultos. Sendo a maior parte adulta, 1.972 indivíduos. Destes, 1.206 responderam ao questionário completo, totalizando uma amostra de 61,2%.

O perfil dos entrevistados se constitui em: 78,1% são do sexo masculino e 21,9%, do sexo feminino (Remetendo a uma maior concentração de mulheres do que em nível nacional). Com relação à cor dos pesquisados, 40,2% foram identificados como negros, 39,9%, como pardos, e 18,8% como brancos. Sobre a concentração em localidades, Os adultos em situação de rua do DF se concentram nas seguintes Regiões Administrativas: 27% em Águas Claras, 25,1% em Brasília (sendo, 10,2% na Asa Sul, 4,4% na Asa Norte e 4,8% na região central) e 10,7% em Taguatinga.

Dados que são paralelos aos nacionais, evidenciam a afirmação de que população adulta em situação de rua do Distrito Federal é, contrariando o senso comum, (O imaginário de mendigos) é composta por trabalhadores: 21,3% guardam ou lavam carros; 19,3% se ocupam da catação ou reciclagem de materiais; 12,3%, da construção civil. Apenas 10,6% pedem esmolas e somente 0,5% tem na prostituição sua principal fonte de renda.

A maioria da população adulta em situação de rua desconhece os principais movimentos sociais ligados à sua realidade. O movimento social mais conhecido por este grupo é o Movimento dos Sem-Terra (MST). Este fato pode ser explicado pela grande repercussão que este movimento social tem na mídia brasileira.

O Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), por sua vez, é o mais desconhecido entre os pesquisados. Os dados sobre a participação nestes movimentos são ainda mais pessimistas: em média, 82,2% não fazem parte de nenhum dos movimentos citados. O fato de desconhecerem e não participarem do MNPR, movimento que os representa e luta pelos seus direitos, dificulta a identificação destes indivíduos como grupo social, composto por cidadãos detentores de direitos. É importante ressaltar que ainda 72% dos pesquisados não votaram nas eleições de 2010.

Outro grande empecilho é a falta de documentação pessoal, que é um problema presente na vida dos adultos pesquisados: 82,4% não possuem título de eleitor; 80,5%, não têm Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e 78% não possuem documentos de identidade.

É importante frisar que, sem documentos, não se tem acesso à maioria das políticas sociais, programas, benefícios e projetos governamentais. Por exemplo, a matrícula em escolas, o atendimento em ambulatórios em unidades de saúde, o registro de ocorrências policiais e, até mesmo, o acesso a edifícios, são dificultados, quando não impossibilitados. Além disso, sem documentação pessoal o indivíduo não é considerado um cidadão, ficando à margem de todos os tipos de participação social.

Tratando-se da saúde, a pesquisa traz alguns dados a respeito de quando os indivíduos ficam doentes, a maioria dos adultos (58,4%) procura, em primeiro lugar, os hospitais ou postos de saúde; 11,3% se automedicam com remédios alopáticos; 8,6% não fazem nada/esperam passar e 8,3% utilizam a fitoterapia (chás, ervas medicinais, banhos, entre outras alternativas).

### **3. Quando a saúde não é coletiva: aproximações metodológicas**

A pesquisa foi realizada com a junção de dados primários e secundários. Primeiramente foram exploradas publicações que envolvam ou dizem respeito à população em situação de rua. De modo a retratar o contexto histórico paralelo à migração e a miséria nas ruas no processo de urbanização do País. Buscou-se discutir



e explicar o conceito de “populações” em situações de rua, suas dinâmicas, vulnerabilidades, diferentes maneiras de estar na rua, riscos e saúde pública.

A obra expressou conhecimentos sociais formados em minha experiência como estudante de Saúde coletiva, membro de um projeto de pesquisa e projeto de iniciação científica sobre populações em situação de rua. Portanto trouxe significados construídos por mim e pelos sujeitos que tive contato em minhas vivências. Associações, denominações e significados na rua.

Foi discutida a Pesquisa Nacional sobre PSR de 2008, tratando do caráter censitário da obra que foi realizada por um instituto terceirizado e mediante licitação. Em nível local, foi referida a Pesquisa feita sobre PSR no Distrito Federal, “Pesquisa renovando a cidadania”, que trouxe dados importantes sobre o perfil da PSR.

Diante das legislações, foi apresentado o Manual de cuidado população em situação de rua juntamente com implicações dos serviços de saúde públicos, especialmente sobre os consultórios na rua e a relação com a assistência social.

Foi realizado trabalho de campo em Taguatinga Norte com intuito de revelar processos de saúde-doença na rua. Quais os meios e “técnicas” que dispõe para produzir Saúde na rua?

### **3.1 Aconchegando-se na rua**

Encaminhei-me a encontrar indivíduos em situações de Rua em Taguatinga Norte – DF. Local escolhido por ser uma cidade com características comerciais e que abriga uma grande parcela da PSR do DF. A cidade tem vários centros de circulação de pessoas. Diversas áreas comerciais que agregam estacionamentos, canteiros e viadutos que abrigam muitos indivíduos em situação transitória. Também possui várias instituições, como um grande Hospital Público; Hospital Regional de Taguatinga (HRT), um centro de saúde que abriga o consultório na rua (Centro de saúde nº 05 de Taguatinga), centros de referência e assistência social (CRAS) e instituições especializadas como o Centro POP e o albergue específico para PSR (Albergue Conviver).

Primeiramente, foram feitas visitas a campo nos perímetros mais movimentados da parte norte da cidade, para fazer um levantamento inicial de

possíveis localidades onde há maior recorrência de indivíduos em situações de rua. Antes de entrar em contato com os indivíduos, fiz anotações e um mapeamento inicial dos locais mais estratégicos para criar vínculos e preservar minha segurança.

A própria organização da cidade favorece a subsistência de vários indivíduos em situação de rua, por ter várias praças, feiras e uma grande extensão de comércios, que resultam em muitos estacionamentos não apropriados e distantes. Utilizei uma bicicleta para me deslocar rapidamente com propósito de percorrer uma maior localidade em um período mais curto.

Após delimitar algumas áreas, fiz visitas periódicas a pé, acompanhado sempre de um caderno de campo, alguns cigarros de palha e um gravador. Anotei tudo que deduzi ser relevante para o trabalho. Diante das interações iniciais, constituí vínculos com mendigos, vigias de carros, catadores de materiais recicláveis aleatórios, etc. - pessoas que aparentemente estavam a todo o momento na rua- tentei absorver o máximo de conhecimentos sobre as dinâmicas “obscuras das ruas”. Descobri algumas rotas nas rotinas de alguns indivíduos e pude acompanhá-las, vivenciando-as e apropriando-me dos conhecimentos populares da rua. Busquei ainda ajudar indivíduos necessitados, com comida, água e até cigarros, atitude que favoreceu o estabelecimento de vinculação e aceitação por parte dos PSR.

Utilizei ainda a comunicação por conversa informal com os sujeitos buscando na natureza dos discursos narrativos interpretações que expressam suas experiências de aflição. Foram transcritos relatos e elaboradas discussões reflexivas para fundamentar eventos de significação.

Na perspectiva da rua, entende-se que é difícil fugir do espaço de competitividade urbano moderno de uma cidade (Do dia-a-dia desassossegado que é resultado da expressão “se vira”), mesmo desenvolvendo formas adaptativas de viver e estar sempre no espaço público, é indiscutível que ocorra a constante dependência das outras pessoas e a companhia infundável dos que estão sempre presentes na miséria: os “Ratos”, “Mosquitos” e “Pombos”.

Portanto, em meu trabalho, investiguei aspectos do cotidiano que remetem a experiências de Saúde frente a questões restritivas. De maneira a demonstrar em qual contexto se expressam. Propositamente foram relacionados conhecimentos populares com intuito de fazer associações e até indagações reflexivas, tanto do processo saúde-doença, quanto das formas pelas quais o sujeito dispõe e utiliza para esquivar-se das adversidades de suas “conjunturas quotidianas”. Portanto, manuseei os

discursos para bisbilhotar circunstâncias intrínsecas e passadas, bem como utilizei a observação para analisar perspectivas presentes em sua “postura social” - exterioridade-.

Ainda sobre analisar aspectos de Saúde na rua. Adotei o entendimento prévio que poderiam ser obtidas várias leituras, principalmente por desconhecer o olhar que os próprios indivíduos que estão em situações de rua têm sobre si, ou seja, parti do pressuposto de que cada um têm experiências imprecisas, vem de realidades diferentes, ambientes desiguais e culturas diferenciadas. Portanto as observações são resultado da interação com os indivíduos que encontrarei oportunamente na rua, junto a meus conhecimentos adquiridos como estudante de Saúde Coletiva. Como afirma (PAIS, 2009,34), o que está em causa “é a recuperação dos aspectos efervescentes, espontâneos e flexíveis da vida social que não se encaixam nos rígidos modelos científicos que exigem que a mobilidade social se regule pela imobilidade das fórmulas”.

Então, são questionados aspectos simples de modo a refletir sobre a relação do próprio indivíduo com a sua realidade na rua, observados conhecimentos passados de modo a identificar significados na análise de suas expressões. Em vista disso, são retratadas as “perícias” desenvolvidas na rua que podem influenciar consequentemente as ações na rua, principalmente sobre formas de “manutenção” da saúde.

Com a compreensão que há de se pensar cada situação de rua, não somente como uma e única desgraça ocorrida, e que esta pode ser relacionada a problemas sociais. Tentei afirmar que vários tipos de processos que degradam a condição de saúde destas pessoas estão ligados a várias situações cotidianas, problemas que se acumularam e levaram a outras decorrências. Assim sendo, me esforcei para “enxergar” além do que foi dito e exposto, percebendo as ações e atitudes da própria pessoa, observando a influência explícita ou não da sua cultura e também da cultura alheia, - das pessoas ao seu redor-.

Aproveitando a condicionalidade das múltiplas situações, cabe afirmar ainda que as decisões resultantes destes conhecimentos de vida destas pessoas trouxeram situações que no mínimo são muito diversificadas. Pais foi quem sugeriu que, podem ser “novas”, ou seja, não vividas ainda por mim.

Todavia me empenhei a ter um olhar ingênuo, desvinculando-me dos pré-conceitos e concepções, como na semelhança da analogia expressa de um pesquisador e um “turista”. Não irei buscar com bagagem teórica os “pontos turísticos

imperdíveis” de uma cidade, diante das experiências alheias, mas sim, me perder e viajar sobre um “vadiar sociológico” que de forma bisbilhoteira, dedicar-me-ei a buscar “ângulos” inerentes ao cotidiano dos sujeitos e das pessoas em seu meio (PAIS, 2009).

Por conseguinte com o observado, refleti sobre o pressuposto de que estas pessoas podem ser influenciadas ou ajudadas pelo “novo” meio social a que dispõe -o conjunto de pessoas que indivíduo mantém interação constante- e como este sujeito conseguiu se inserir no contexto diante das suas trajetórias simultaneamente.

Prospectivamente, foram compiladas e analisadas as experiências de conhecimentos vividos em situações passadas, expressas em discurso. Visando entender o que o sujeito adquiriu como experiência de saúde em sua trajetória, para entender o que pode estar presente no modo de agir do dia-a-dia.

Com o “esquadrinhamento” da trajetória dos indivíduos em situações de rua focada no cotidiano, foram traduzidos relatos que apontaram de maneira fidedigna os espaços onde se encontram os sujeitos. As instituições próximas, as ruas, becos, vielas etc. Busquei evidenciar quase tudo que for dito e visto diante da interação, de modo a compassar os percursos e estando simultaneamente vivendo-os.

Estar na rua o dia inteiro, usando banheiros públicos - quando existe -, não realizar a devida higiene. Estar exposto constantemente ao sol, poeira e a sujeira urbana compõe riscos físicos “claros” a saúde, mas estar dia e noite na rua também traz outros tipos de riscos à saúde, principalmente no âmbito psicossocial. Domínio que envolve conjuntamente aspectos psicológicos e sociais.

Por estar sempre sob as vistas dos outros, ser ignorado e excluído, humilhado, ouvir interruptamente o barulho incessante das grandes metrópoles, o stress, a noite deserta, a insegurança e o medo.

Dentre tantas outras, são situações comuns aos sujeitos em situação de rua e compõe circunstâncias individuais absorvidas de maneiras específicas, que podem ou não afetar a saúde. Trazem riscos físicos indiretos, mas principalmente e diretamente os morais e psicológicos. Dessa maneira, observou-se principalmente o que foi peculiar a cada indivíduo e o que mais o afligia.

Sendo assim, foram observados em campo e em discurso, aspectos inerentes à degradação da saúde na rua de várias maneiras. Mas, com enfoque sob a ótica de que o indivíduo já pode provir de âmbitos anteriores que lhe proporcionaram ou favoreceram alguma enfermidade, ou que as dificuldades de se adaptar na rua lhe proporcionaram

mais sofrimento por não conseguir realizar ritos simples da manutenção de vida, provindos de sua cultura.

Pode-se ainda imaginar até os aspectos emocionais e motivacionais que influenciam suas ações, como o desânimo por não conseguir cortar nem o cabelo ou barba, por tornar-se cada vez mais desinteressante cada vez menos candidato a conseguir se relacionar com alguém, perpetuando na solidão enfim.

Portanto são várias as patologias e degradações que podem ao mesmo tempo, denegrir o indivíduo de maneira física, psicológica e social, compondo um emaranhado de situações que se caracterizam principalmente por roubar “as forças” para enfrentar a cidade pelo “lado de baixo”. Estas enfermidades agregam-se de forma simultânea as situações de rua, como uma “bola de neve”, principalmente por conta da miséria, da sujeira e da insegurança, culminando em diversas impossibilidades.

É inegável que muitas ações e técnicas se expressam na rua, com o que se tem e com o que se pode dispor. Ao mesmo tempo, os sujeitos podem ser capazes de estar “promovendo” de certo ponto de vista à sua saúde mental e por outro lado degradando sua integridade física, seu corpo, como por exemplo, pelo uso de determinadas drogas.

Em vista disto, as experiências de saúde na rua podem ser muito amplas, pois muitas são as adversidades e, por conseguinte, diversas as tentativas de minimizar ou sofrer esses danos gradativos da rua, principalmente diante da desconstrução sanitária e social constante que assola os indivíduos perante a falta das ações e ritos adaptativos junto às situações de rua ao qual estão sujeitos. Como promover a própria saúde na rua para manter-se vivo e não enlouquecer?

Há de se refletir sobre algo que se sente, um “sintoma” como a dor, um mal estar, uma coceira, um incômodo e como esses sujeitos podem superar estas contrariedades, sem a devida orientação e sem dinheiro para ao mínimo se automedicar. Como faz com essa vivência subjetiva que incomoda?

No universo subjetivo dos sujeitos, como afirma (PAIS, 2009); “Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos”. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso.

Exploram-se os caminhos de encruzilhada entre a rotina e a ruptura, nos quais se revela a construção do social através das rotas do quotidiano. Conclui-se que o trilhar sociológico das rotas do quotidiano não obedece a uma lógica de <<demonstração>>, mas antes a uma lógica de <<descoberta>>, na qual a realidade social se insinua, conjectura e indicia, através de uma percepção descontínua e saltitada de um olhar que a sociologia do quotidiano exercita no seu vadiar sociológico. (PAIS, 2009 pág. 19).

Entretanto, busquei adaptar essa lógica às ruas, encontrando banheiros improvisados, locais de dormir, fontes de materiais, comida, instituições que fazem doações, esquinas, becos enfim, todo espaço e pessoa que sirva direta ou indiretamente para “manutenção” da saúde dos indivíduos na rua.

Passou-se a conhecer características e percepções dos locais. Mas não somente se atendo limitadamente a influencia que exercem sobre sujeito, mas também levando em consideração particularidades das alternativas obscuras da rua que estão presentes “no rastejar” da vida dos sujeitos, diante da sujeira, do lixo e da exclusão social, com objetivo de perceber; o que o sujeito consegue melhor extrair para se favorecer? Como os serviços públicos de saúde podem contribuir e influenciar a vida dos indivíduos?

## **4. Pesquisa de Campo**

### **4.1 Carlos (Vascaíno)**

#### **PERCEPÇÕES INICIAIS**

Ao iniciar minha trajetória de pesquisa, localizei um estacionamento movimentado em Taguatinga Norte. Situado em uma área comercial pequena que fica dentro de uma zona residencial. Comecei a observar o local por vários dias. Logo percebi que os donos dos estabelecimentos se conhecem e promovem atitudes conjuntas para melhoria do espaço. Levando em consideração este aspecto após ficar observando o trânsito de pessoas e

trabalhadores no local, percebi que os indivíduos que trabalham nos comércios se relacionam constantemente com indivíduos em situação de rua que permanecem nas redondezas. Cabe ainda dizer que muitos carros circulam constantemente nesta localidade em Taguatinga Norte. Ao caminhar por este ambiente (Que eu diria ser no mínimo “conturbado”) avistei um sujeito vigiando os carros estacionados. Já havia visto algumas vezes antes, quando passei, estava deitado no chão e me pediu dinheiro. Quando o encarei, percebi que possuía uma aparência estranha, com semblante de embriaguez e com um boné sujo com o logo “café do sítio”. Aparentemente com mais de 40 anos de idade e com roupas bastante sujas, a meu ver parecia estar doente com excessiva magreza. Sempre que passava, estava acompanhado de uma pinga e uma camisa do Vasco. No dia seguinte estava deitado em baixo de uma árvore nas proximidades, sentei do lado e conversei com o homem.

## **TRAJETÓRIA**

Ao conhecer “Carlos Vascaíno” (Seu nome apresentado a mim em nossa primeira conversa), inicialmente pude conhecê-lo brevemente e ter a noção de sua trajetória antes de habitar a rua; Perguntei após uma conversa informal, qual seria sua “relação com a rua”, porque permanecera? Demonstrou aparentemente ter sofrido perdas familiares, relações conflituosas e sofrimento por não se adaptar onde passou a morar, que foi intitulado pelo mesmo como um “cortiço”.

CARLOS; -“Moçoo, na verdade é “quanto tempo” que eu não tenho casa, casa minha mermo, de morar em paz... Tem lugar que é pior que a rua... Eu morava era com minha mãe, com meus irmãos, nós tinha nosso canto, não sabia o quanto era feliz, lugar só nosso, coisa mais boa do mundo. Depois que ela morreu e a casa foi vendida, meus irmãos brigavam, se separaro foi tudo, eu posso dizer que eu fui morar na rua antes de morar na rua, porque antes eu morei em cortiço sabe? Ta ligado aqueles lote que tem 5 barraco com um monte de inquilino, que tem 5 famílias pobres, que ninguém tem sossego porque é gente demais, cachorro , som alto, papagai, briga, o diacho a quatro.”

Percebi que diante das falas, que Carlos demonstrou enorme incômodo em falar sobre a relação da sua situação antes de ir morar na rua com sua condição atual.

CARLOS; - “Nessa época eu sofri demais porque trabalhava e ganhava pouco, morava numa kit dessas ai e era um inferno, eu estava era doente da cabeça porque eu não dormia. Sempre tive problema pra dormir, ai tu chega em casa pra ter sossego, tem o som alto tocando sertanejo, -e vai reclamar pra ver a confusão que da...- tinha uma desgraça de um galo que compraram lá pro lote, por modo que estava dando muito escorpião, -porque o povo era porco mesmo-, só tinha sujeira no lote, era dominó o dia todo e até venda de droga. Teve uma vez que tinha um inquilino que era traficante, todo dia ia chamar uns noiado la na porta, eu botava era dois cadeado na minha porta. Avemaria!! Gosto nem de lembrar, eu passei foi 7 anos da minha vida nesse sofrimento moço, foi igual o plano do finado Presidente JK; envelheci foi 70 anos em 7 hahahha.”

Ao notar que em sua trajetória já havia indícios de agravos de saúde diante de problemas e determinantes sociais, como as condições de moradia e o desemprego. Questionei o que fazia para lidar com o problema de convivência no cortiço.

CARLOS; -“Eu só dormia era bêbado, todo dia passava no boteco do seu Elias, o nome de lá é bar “SUFOCO”. Tomava uns 15 real de pinga mineira por lá, chegava no barraco e capotava... Até que eu fui mandado embora da firma, deu um rolo lá e mandou embora um monte de funcionário, eu fui junto né, a corda quebra sempre do lado mais fraco, ai eu fiquei devendo uns aluguel, o tempo foi passando, nada de emprego... até que eu sofri umas humilhações, ai eu decidi sair logo daquela desgraça, peguei foi o dinheiro e bebi tudo só de raiva; durou uns 2 meses a grana, e eu não paguei foi nada de aluguel... mas ai deixa pra lá, já te falei muito sobre isso, não gosto de lembrar; pelo menos agora eu num tenho que ficar aturando os outros perturbando, consigo dormir igual um anjo quase todo dia... hahahah”.

Por perceber que Carlos não gostaria de falar mais a respeito de suas experiências no cortiço, resolvi encaminhar a conversa de maneira que explicasse sua permanência constante nesta localidade da rua e sua adaptação à mesma; porque ficava sempre no mesmo lugar e como se virava para sobreviver? Do que e de quem dependia?

CARLOS; “-Oia, aqui as vez é o paraíso ou o inferno, eu não posso reclamar muito, de onde eu vim não da nem para comparar! Aqui eu posso conseguir dinheiro ta ligado? Mas é aqui que eu gasto todo dinheiro também (risos), ai eu não saio daqui, conheço todo mundo, as pessoas me acolheram... Se eu quiser água pego ali no bar, a “Baixinha” não nega para mim... Mas nada é uma “uva”, tudo tem um preço! Eu capino os mato ali do lado do boteco e cato os



lixo de vez em quando.. As vezes eles me arruma um rango. O povo do mercado não deixa nem eu entrar se não tiver com dinheiro na mão, bando de filho da puta, pensam que eu vou roubar, nem se eu fosse flamenguista rapaz!!! Lá eu compro só minha cachaça e só compro lá porque é perto. O povo é ruim, tinha um gerente que mandava o funcionário ir buscar a pinga só pra não deixar eu entrar, vê se pode?”

## ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Percebi que Carlos não tinha vários dentes e que demonstrava ter vergonha de sua situação, exibia uma forma adaptada de conversar sem mostrar o sorriso, ora vira o rosto ora usava a mão para tampar a boca. Quando nota que estão olhando para sua boca, ele a fecha e demonstra um semblante de “sem graça”. Logo o questionei a respeito de sua alimentação, como procedia?

CARLOS; “-Eu compro minha “quentinha” ali óh, do outro lado da avenida, la é o lugar mais caro daqui, mas é melhor, eu também mereço né? Também sou filho de Deus. Hoje eu dei sorte, consegui uns trocado filé, to feliz, to desossando minha quentinha na paz, agora o que vier é só pra mamar hahahah(risos). Mas hoje não ganhei nada dos outros (doação), quem disse que morador de rua não trabalha? To nem aí para o que pensam de mim, o mineiro murrinha lá da padaria “mete a faca”, de manhã cedo eu estava virado sem dormir, bebi até umas duas horas mais ou menos, parei para trabalhar hoje né... Os mortos estão tudo ali deitados, beberam até de manhã, agora estão lá todos mortos “mermo”, eu não!! To aqui tranquilo e favorável, com o estacionamento só pra mim e vou ganhar minha pinga pra mais tarde, o mineiro queria me cobrar 2 real no pingado moço, já aumentou, queria não né, mais se não tomar um cafezinho nós não levanta. Eu sou é total flex, só funciona a base de café e pinga.”

Ao entender a rua como um espaço de adversidades e susceptibilidades de riscos à saúde. Contestei a maneira como sobrevivia, quais problemas o assolavam? Buscando

entender como é sua relação com a rua (A meu ver um espaço de incertezas), de uso contínuo de drogas e exposição constante à violência; Carlos demonstra que tem relações sociais e que a seu ver, a rua tem regras, e que devemos estar preocupados pois essas regras nem sempre são seguidas por todos.

CARLOS; “-Aqui o problema é ficar sujo né, as muié passa é longe; o negocio está feio pro meu lado, não estou comendo nem osso, isso deixa a gente doente né? De tristeza... Depois que eu passei a morar na rua, o que mais se vê é gente morrendo... Isso é estranho. Oque mais vemos é gente indo embora na cachaça... num come, não bebe agua, só na pinga e no sol, tem uns ainda que fumam pedra, ai é caixão mermo, eu pelo menos procuro comer, dormir e descansar... Aqui direto um vai parar no HRT (Hospital Regional de Taguatinga), dando cirrose, convulsão; a gente vê de tudo aqui né, tem a violência... sempre tem os caguetes, os que bebem e quer brigar, esses folgado arruma confusão por tudo, direto se vê facada, garrafada, o diacho a quato, vive tudo machucado, um dia desse ai inté mataro o lula ali com espeto de churrasco, na covardia, ninguém perdoa não os caguite também, na rua a gente tem que ser ligeiro, ficar na nossa.

Questionei se tinha algum problema de saúde ou se já havia ficado doente na rua, de maneira a tentar associar suas trajetórias como itinerários terapêuticos: Perante sua realidade, como pode enfrentar algum problema de saúde? Que aspectos sociais influenciam e conduzem suas ações, como pode tentar solucionar sua condição? De que maneira a rua proporciona e limita suas possibilidades de conseguir atenção à saúde com dignidade como cidadão dotado de direitos?

CARLOS; “-Graças a Deus nada ainda não, o que eu tinha era uma dor de dente desgraçada, só isso; mas ôh diacho ruim, quando morava na kit eu tinha que sair daquele bagulho porque se não eu não aguentava, a gente quer é sossego, rala igual um condenado... mas eai? Quando chega em casa não dorme?, imagina !! Com o dente podre, (num ache que eu sou porco não, mas minha mãe num insinava nois escovar, na verdade nem tinha escova pra todo mundo, a gente revezava... Tinha vez que nem dava vontade de usar porque meu irmão tinha usado) Moço do céu, foi sofrimento demais, como que faz para trabalhar? As mulheres correm de você... pense em uma desgrameira, a dor num passa e nós num dorme, sofrimento demais, a dor começa no dente e sobe pra cabeça toda... Me deram um monte de remédio, comprei na farmácia também... Eu tomava era muita cachaça pra tentar sarar. Quando não passava a dor, pelo menos eu fazia era dormir, pelo menos passava um pouco...

mas na verdade não adiantava nada, no outro dia que era o bixo, duia 3 vezes pior, rapaz eu fiquei nessa um tempo...”

Ao perceber que Carlos dispunha de agravos antes mesmo de ir para rua e que não quisera falar minuciosamente de seu curso até então, procurei entender sua trajetória já no “olho da rua”. Por meio de seu relato, Carlos demonstrou que os dentes traziam também problemas sociais, limitando até sua condição de trabalhador, já que pouco dormia e muito bebia. O fato de beber constantemente, aparentemente trazia benefícios momentâneos porém em médio prazo degradou também sua conjuntura social como inquilino e submetendo-o as consequências do agravamento de sua condição de saúde. Já a algum tempo na rua e com novas relações sociais estabelecidas, Carlos demonstrou certa articulação e disposição para resolver seus problemas de saúde bucal, de modo que mesmo em condição de rua, conseguiu ser ao menos orientado a buscar serviços de saúde, dando um grande passo em seu itinerário terapêutico, pois encontrara um rumo a seguir.

CARLOS; “-Eu pedi ajuda ali para a dona Firmina... Ela é um anjo!! A filha dela é daquelas que trabalha no postinho, aquela porcaria que tem ali em cima, perto da escola; Primeiro ela me disse que lá tinha dentista, que só atendia uma emergência por dia e que tinha que chegar muito, muito cedo pra ser o primeiro, - Eu falei; tem problema não dona Firmina, que eu vou é dormir lá na porta, quero vê quem chega antes que eu... E fui... Ela falou pra eu ir são, mais eu fiquei com medo, não resisti não, levei foi uma pinguinha de garantia ahahahha, a carne é fraca rapaz... Quando deu de manhã já apareceu foi gente, 5 e meia da manhã tinha chegado um monte de Águas Lindas pra tentar consulta... Chegou até uns 2 depois de mim pra ir no dentista mais foram logo embora porque chegaram depois de novo... Uma vergonha bixo, na capital do país, só pode atender um cidadão e olhe lá...”

Já determinado a resolver sua situação, Carlos já estava situado em um trajeto de busca da atenção a saúde, situado em uma circunstância que o encaminhava a depender primeiramente de si mesmo, com a necessidade de interagir com outros atores do processo, “os profissionais de saúde” que consequentemente lhe impuseram condições para realização de procedimentos. A posteriori enfrentou diferentes dificuldades para conseguir o serviço, primeiro por ignorância, a não informação sobre os encargos lhe custaram tempo, segundo a relação com os outros atores, os outros “pacientes” que a seu ver, tinham a presença de Carlos como algo indevido na UBS (Unidade Básica de Saúde).

CARLOS; “-Lá dentro do posto ainda fiquei mais uma hora no banquinho, escondi a pinga no jardim e entrei, lá dentro as muié chei de minino já estavam quase chamando a polícia pra mim... me olhando de cara feia.. Como se eu não merecesse estar ali. O doutor saiu por uma portinha lá, perguntou quem foi o primeiro.. Eu respondi “-Eu!” Ele perguntou ; Cadê seu cartão? E eu disse; -Que diacho de cartão?? Num é público essa desgrama... -Ele me olhou com uma cara feia e disse: Você mora onde? Eu falei que moro aqui na quadra... Ai ele me disse que eu precisava de um comprovante de residência e documento, para fazer o cartão, ai fechou a porta e nem quis me olhar... Você acredita?”

De maneira que, por estar em situação de rua a mais de dois anos, Carlos perdeu ou teve de se desfazer de seus pertences, depois de resolver seus “endossos” empregatícios, ficou a deriva, entre o álcool e a rua, dia pós dia, em um ciclo vertiginoso que o levou a perder objetos pessoais, inclusive os “identificatórios” como fotos, documentos, certidões e comprovantes. Portanto logo há o entendimento que o problema de Carlos vai além da sua saúde e seus problemas sociais, abrangendo aspectos sócios institucionais, pois se precisa de documentação para ser atendido na atenção primária à saúde (APS). Dessa forma a falta de articulação e o modelo instituído na UBS têm impactos na trajetória do indivíduo em situação de rua, encaminhando o sujeito a sofrer as consequências de seus agravos (Por tempo indeterminado) enquanto aguarda os trâmites burocráticos ou depender da ajuda de um “cidadão” que tem um território no âmbito da alçada do centro de saúde. Carlos por ter de esperar a realização de atendimento no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) passou a beber com mais frequência. Diante de seu “itinerário terapêutico” Carlos construiu uma trajetória que o conduziu a tomar atitudes e desenvolver ações para alcançar a atenção à saúde. Toda via teve que buscar ajuda para que fosse reconhecido como parte da área “adscrita” da Unidade de Saúde e consequentemente: ter um cartão para que possa ser atendido na odontologia da Unidade Básica de Saúde.

CARLOS; “Voltei na dona firmina, bati lá na porta 7 da manhã acordando a véia hahahah, perguntei como que eu fazia! Ela mandou eu ir lá em baixo no negocio onde fica os caminhão do governo, onde fica as assistente social... Crati? Cras... Eu fui lá com a cara e a coragem e tentei fazer a identidade.. mas eles disse que demora, que eu tinha que falar o nome e eles ia fazer uma busca pra vê.. sei lá.. Eu sei que enquanto isso era só cachaça pra dentro, como que faz com a boca doendo? Vinha umas dor que ia do dente até o “cucuruto”, se é doido... quando eu peguei a identidade eu já tinha sofrido demais, fui de novo na casa de

dona Firmina, pois a véia ainda me ajudou, me emprestou uma conta de luz dela pra eu tirar xerox e levar lá no posto como se eu morasse lá...”

Depois de vencidas as barreiras burocráticas e conseguir realizar o cadastro no núcleo de registros do centro de saúde e obter o cartão. Carlos teve de lidar com as questões sociais. Utilizou a casa de dona Firmina (Que muito já havia lhe ajudado) para realizar a higiene pessoal de semanas e meses na rua: Sem escovar os dentes, sem lavar seu corpo, sem trocar de roupas, estando diariamente no sol, realizando as fezes em becos e em um lote baldio enfim, com certeza um banho que eu diria ser no mínimo uma “Medida Sanitária”. Após “dormir na fila” novamente e ter acesso ao atendimento, Carlos ficou surpreso a ser hostilizado durante o atendimento, descrente do serviço preferiu o álcool aos medicamentos, pois precisaria esperar já que para resolver sua demanda necessitava de um atendimento de maior complexidade, de maneira a estender ainda mais sua trajetória.

CARLOS; “- Ela ainda me deixou tomar banho lá, se acredita? Me emprestou umas roupas, falou que se eu tomasse cachaça antes de ir que nem adiantava aparecer mais lá na casa dela! Finalmente consegui fazer o cartão. Eu dormi de novo no postinho, encontrei até a menina que tinha falado com ela da outra vez, estava tentando ir no ginecologista parece... ve se pode? Dessa vez quando o “fantasmão branco” apareceu lá eu tinha o cartão hahahahah (risos), tranquilo e favorável, cheirosinho, na beca, com os dente passado fio dental... Mas ai o doutor fez foi brigar comigo ainda, começou a falar com raiva.. porque eu não cuidava dos dentes? Que não adiantava ir lá se não cuidasse, que ele não é limpa fossa... e isso e aquilo... Rapaz eu fiquei num ódio, queria chutar ele.. mas com uma “brocona” daquela “ziuumm” “ziuumm” na sua boca, como faz? Ele quebrou um pedaço do meu dente e falou que não tinha como arrancar porque não se fazia isso no posto... e que era pra eu botar meu nome na fila de espera pra ir no hospital...Passou uns remédio la, Acho que era antibiótico... nem tomei, porque misturar remédios com pinga não dá né... fiquei foi bebendo mais.. passou foi meses moço.. Até eles me chamarem...chegou lá, arranquei foi o dente... parece até que não botaram remédio de propósito para eu sofrer... doeu demais da conta.... mas estou ai “vivão e vivendo.”

## 4.2 Raimundo (Piáu)

### PERCEPÇÕES INICIAIS

Nas imediações de uma avenida que atravessa cidades-satélites de Brasília, encontrei um indivíduo em situação de rua que me chamou atenção em virtude de estar “desconectado” do ambiente, que estava repleto de jovens estudantes e trabalhadores apressados. Notei sua presença de longe, com os pés descalços pretos de sujeira e com uma roupa tão suja quanto. As pessoas aparentemente desconfiadas desviavam de “seus caminhos” quando este sujeito se aproximava, falando sozinho e com o rosto extremamente vermelho, percebi que atraía olhares da maioria das pessoas que passavam. Conhecendo-o, descobri que está em situação de rua e que se abriga em uma praça atrás de uma delegacia de polícia, onde tem um “beco escuro” em frente à via de acesso. No local a noite é inóspita, só se vê vultos, inclusive nesta área vivem vários indivíduos em situação de rua também. Ao passar esporadicamente em horários diferentes, percebi que ao longo do dia o grupo possui dinâmicas diferentes. Ora somem ora se encontram. Agrupam-se durante a noite para dormir juntamente com cachorros “hostis”, atitude mencionada por Piauí como uma medida de segurança. Estes ainda utilizam a praça como banheiro, portanto é um local repleto de fezes e restos de alimentos. Pode-se perceber que com as chuvas tudo escorre e se espalha no local, que tem cachorros, mato sem cortar, roupas abandonadas e brinquedos quebrados. Durante o dia os indivíduos prestam serviços aos lojistas e fazem parte da “segurança”, comunicando a observação de pessoas suspeitas no local além de vigiar os carros dos estacionamento. Piauí diz que neste local: “espaço é dinheiro”.

## **TRAJETÓRIA**

Após conversar com o sujeito, descobri que seu nome é Raimundo, mas que gosta de ser chamado de Piauí. Como os indivíduos em situação de rua dizem: “Vulgo Piáu”: todos o chamam assim, talvez tenha algum significado. Diz que do Piauí ele veio, mas foi “criado” em Pernambuco, está em Brasília há nove anos. Enquanto pôde, sempre trabalhou em construções civis, porém também foi catador de material reciclável, conhecido como o “Carroceiro”. Fazia bicos para sobreviver, levava uns “entulhos” aqui, outros ali. Sumia com

tudo rápido. Disse que no momento está desempregado e que não tem mais condições de trabalhar, pois bebe muito todo dia e lhe falta disposição, que é necessária para “pegar no pesado”.

Foi “morar” na Cidade Estrutural quando chegou ao Distrito Federal, por lá conseguiu comprar um “Pangaré” velho (Cavalo) e alugar um barraco para permanecer com seu filho, ambos foram abandonados por sua antiga esposa. O menino desde cedo já teve que se virar, ia para escola todos os dias e durante o turno contrário vendia doces nos transportes públicos para complementar a renda. Piauí menciona que teve vários agravos e acidentes por causa do trabalho, como infecções por feridas no lixão e já até passou mal por inalação de poeiras inorgânicas em construções, mas o que o atinge diretamente sua saúde no momento, como mencionou, é o consumo de álcool. Há mais de quatro anos já não consegue mais ficar sóbrio, prefere ficar separado do filho que agora é adulto e mora sozinho na Ceilândia, por não conseguir se entender mais com o pai.

PIAÚÍ; “-Eu morei muito tempo em Pernambuco, em Sertânia, perto da divisa com a Paraíba, há mais de mil quilômetros de onde eu nasci, Valença do Piauí – PI. Lá em minha terra o povo é nervoso, mata é no “espeto”, vivi muitos anos da minha vida no Nordeste, no meu Sertão. Vim para Brasília por modo de criar meu filho, acreditava que por aqui o moleque teria mais oportunidades, que seria um lugar seco mais que dá para a gente “plantar”. Eu tive problemas com minha esposa e vim embora, cheguei com um pouco de dinheiro e nunca que eu imaginei essa cidade desse jeito, lá de onde eu morava o povo falava que Brasília é a cidade das oportunidades, do futuro e dos sonhos. Mas não é verdade, quando a gente chega aqui, dá com a cara na porta, ninguém te arruma emprego se você for nordestino, ainda mais se for “preto”. Mas eu tinha que criar meu filho né, dar a ele o que eu não tive. Fui parar na cidade Estrutural, nunca imaginei morar em um lugar dentro da capital que fosse tão esquecido, foi difícil me acostumar com o fedor. Fazer o que? A oportunidade que eu tive foi para trabalhar com lixo, aproveitei e comprei um cavalo de seu João, (Pessoa que eu devo, pois me ajudou muito). Consegui alugar uma “kitnet”, como vocês falam aqui, botei meu menino na escola e fui para o “batente”, perseverante fui comprando as coisas e pagando as contas, sempre pensando no meu filho e em não deixar ele passar necessidades. Fazia meus bicos, catava, buscava e levava lixo para cá e para lá, trabalhei também em obras na cidade de Águas Claras e por lá também sofri muito. Não queria, mas fui obrigado a colocar o filho para trabalhar desde cedo, para ele poder comprar roupas, ter independência já que não podia depender do próprio pai. Quando tinha um tempo sobrando, “quebrava” umas “cheirosas”,

comprava algumas garrafas de pinga barata e deixava em casa, quando ficava cansado (estressado) tomava até querer dormir, virou um ciclo vicioso a minha rotina, quando não bebia me sentia muito mal, “de mal com a vida!”. E continuei bebendo até ter problemas”

## ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

A princípio Raimundo teve que lidar com problemas relacionados à sua chegada à cidade, conseguiu arrumar empregos não formais, sem garantias e direitos. Teve dificuldades em se adaptar à nova cidade, percebeu que em Brasília-DF “as pessoas são mais individualistas” e que na cidade Estrutural teria uma melhor perspectiva, pois existiam indivíduos em situação semelhante, portanto seria mais fácil ser ajudado e “seguir” em frente. Cada vez mais atordoado com sua condição precária de miséria e angústia, sem esposa e com o filho jovem para criar. As preocupações e incertezas tomaram conta de seus pensamentos durante o dia-a-dia, principalmente por uma situação momentânea de seu filho, que passou a se envolver com criminosos locais, de maneira a utilizar entorpecentes diariamente e traficar, a ponto de ser detido na delegacia de polícia responsável pela área. Ao conseguir resolver a situação criminal do filho, encaminhou o adolescente para morar em outra cidade-satélite longe daquela realidade. Assim sendo, surgiu outro problema para assolá-lo: A solidão, pois em meados deste período até seu cavalo morreu, doente e sem tratamento.

Piauí passou a frequentar constantemente em bares locais, aumentando progressivamente seu consumo de álcool a cada semana que se passava, estendendo a esbórnia aos dias “úteis” da semana. Entretanto, na persistência ainda conseguiu arrumar “uns bicos” em construções civis em uma cidade próxima e acabou conhecendo pessoas que só se juntavam para beber. Condicionou seu meio social ainda mais ao alcoolismo. Certo dia teve um “aviso” ao passar mal subitamente devido às condições de trabalho e pelo exagero do consumo em dias anteriores. Teve um “Coma Alcoólico” como mencionou, foi levado ao Hospital Regional sem ao menos lembrar como chegou e quem o levou. Em uma semana foi expulso de sua residência alugada e despedido de seu local informal de trabalho, estando literalmente na sarjeta. Com o pouco dinheiro que recebera, voltou a beber constantemente até chegar ao fim o dinheiro. Sem emprego, decidiu desfazer-se de seus pertences até que foi expulso e foi morar na rua pela primeira vez.



PIAUÍ; “-Minha vida começou a desandar, virou bagunça porque chegava muito cansado e aperreado com a vida, só vadiava... Só bebia e não queria saber de nada, só em garantir a cachaca de mais tarde. Não parava nem para ver televisão. Não cuidava e ainda brigava com meu filho toda semana, ainda mais quando descobri que ele começou a fazer coisas erradas na escola, andar com gente que não presta e mexer com droga, foi parar até na delegacia, coisa de moleque novo. Eu bati tanto nele que ele criou juízo, começou a respeitar. Eu ameacei mandar ele de novo para o sertão e rapidinho ele consertou. Mas quem não teve jeito fui eu, na pinga e no forró, no forró e na pinga... Foi aparecendo às raparigas, as dívidas e as cobranças. Meu menino, que eu arrochei para estudar arrumou um emprego ligeiro e decidimos que ele devia morar sozinho na Ceilândia – DF, ele me largou. Eu fiquei na solidão, até meu cavalo morreu... Arrumei um bico de “oreia” lá em Águas Claras, Não foi difícil porque havia muitas obras, fiz alguns “amigos” que só me levaram para o buraco, um mais bêbado que o outro, sabe como é né? Bêbado só faz amizade com bêbados. Passei a beber quase um litro de pinga todo dia, na amargura, se antes na minha geladeira não havia nem água, agora sem geladeira... é só pinga quente! Teve certa vez que eu fui parar no Hospital de Taguatinga. Olhe bem! Fui trabalhar de ressaca na Obra, com o tempo seco e no sol quente, passei o dia cheirando pó de telha e verniz. Desmaiei no sexto andar de um andaime, em tempo de cair e morrer. O médico disse que se eu continuasse bebendo que eu ia ter cirrose cedo, tentou botar medo em mim, mas não adiantou. Continuei bebendo igual um “Opala” até que um dia a cobrança chegou, em tempo de ser mandado embora da obra. Passei a ficar faltando muito lá né, principalmente a segunda-feira. Fiquei devendo três meses de aluguel até que o dono dos barracos me expulsou, cheguei em casa e estava tudo trancado com minhas coisas do lado de fora. Com um aviso: Se não pagar eu vou até o Piauí atrás de você! Na mesma semana fui dispensado pelo patrão, me tratou muito mal, disse que eu não ia arrumar emprego nunca mais em Águas Claras porque eu já estava queimado. Recebi um dinheiro pelo último mês, peguei minhas coisas e sumi da Estrutural, fui para casa de um rapaz em Taguatinga Norte – DF. Antes eu tinha arrumado emprego para ele “na obra”, acho que só por isso ele me ajudou. Paguei um Frete, levei minhas coisas para lá e fiquei uma semana. Mas foi uma semana do “Cão”, bebendo todas! O dinheiro acabou e eu vendi minhas tralhas, “Noiei” tudo! O fogão velho, minha cama dura, a televisão “caixote”, não sobrou nada... Vendi tudo nos “móvel usado” até ficar só com os documentos. O desgraçado que eu achava que era meu amigo, me botou para fora, depois de beber as minhas custas, ainda disse para eu procurar meu rumo, muito contrariado, mas eu fui. ”

Quando na rua, já havia sido abandonado pelo filho, desamparado, ainda insistiu e buscou ajuda do mesmo indo recorrentemente até a sua casa ou ligando. Seu filho ainda o albergou por alguns dias, na esperança que Piauí pudesse se “regenerar”, continuar no trabalho e “tocar a vida”. Mesmo bebendo mais, tentou continuar trabalhando ocasionalmente. Quando as necessidades o assolavam, procurava uns “bicos”, mas não conseguiu conciliar o alto padrão de consumo alcóolico com o trabalho. Resolveu abster-se e decidiu não ir mais trabalhar, quando expulso também da casa de seu filho vagou por vários lugares até encontrar o “beco”. Foi recebido pelos outros indivíduos em situação de rua, como Piauí disse; “só me aceitaram porque era mais um para fazer a “intéra” da cachaça, fiz amizade e estou aí até hoje”

Raimundo intensificou sua “bebedeira” a ponto de ficar tão bêbado e “jogado” na rua por tanto tempo, que mal tinha consciência. Os outros indivíduos afirmaram achar que Piauí era um doente mental. Aumentou ainda mais sua constância nos bares “copo sujo” como afirmou “fim de carreira”. Com a precariedade da situação, sem roupas, fedendo e sem lucidez, passou a apenas comprar bebidas baratas e beber em qualquer lugar. Tudo que faria, seria para beber e tudo que fazia foi por beber. Começou a se adaptar a rua, dormindo algumas vezes involuntariamente em calçadas, sumia por dois ou três dias, aparecia machucado, fedendo... Sem cuecas e sem calçados, acordava em locais distintos, recorrentemente era furtado e até no hospital novamente já despertou. Passou a buscar ajuda para comer, pedia marmitas e até dinheiro emprestado para o filho e para conhecidos. Após vender seus míseros pertences e pouco a pouco continuou bebendo e frequentando os bares e distribuidoras de bebida. Logo perdeu seus documentos, sem a mínima noção do paradeiro. Relacionou-se com prostitutas “baratas” e passou a usar drogas esporadicamente como cocaína e crack.

PIAUÍ; -“Mermão” a rua e o álcool estão juntos “lado a lado”. Para quem mora na rua a cachaça faz parte do kit. Só que pouco a pouco a gente vai secando “por fora e por dentro”... Primeiro a gente seca por fora.... Tudo ao nosso redor morre, o amor, as amizades, os pertencentes, trabalho e o respeito. Depois por dentro, nós perdemos o “orgulho” de nós mesmos, a vontade de viver... Quando se tem um filho ainda se tem uma “esperançazinha”, mas quando não tem... A gente perde até a vontade de conhecer o próximo. Uns se apegam a Deus, mas eu acho que Deus não gosta de cachaceiro não porque toda hora morre um. O cara tem que ser muito “cabra” mesmo para aguentar de cara limpa. “Chei” de problemas, ficar sóbrio é pior que passar frio. Nós não dormimos, não fazemos nada... Só ficar pensando até

estar triste... E ninguém quer isso! Já não basta a humilhação de estar na rua? Por isso que beber é bom, faz esquecer... faz ter alegria e vontade de conhecer o outro, o semelhante.... Faz a gente ter amizades, viver. Eu estou na rua a menos de 3 anos e já percebi isso.... Tem dias que a gente não consegue nada, dá tudo errado, todo mundo sem pinga, as vezes um “salva” e quando não salva, algum outro consegue comprar e dividi também, aqui no beco é cada um por si mas na hora do aperto a gente se une. O problema é que eu digo, sempre tem um que é viciado em droga, um “Noiado” safado que aparece com maconha, cocaína e crack, isso influencia os outros... Parece que brota! Quando não se tem nem pinga nem o que comer, faz como? Me diz? Eu quero é ver parceiro... O cara que na rua não usa nada, pode falar que não porque está aí confortável.... Até você! Todo mundo usaria!

Piauí menciona que o álcool é indispensável para o indivíduo que está em situação de rua. Talvez diante de sua antiga realidade pudesse ser também, entretanto no âmbito da rua, a cachaça se tornara algo intrínseco as suas ações. Tudo o que faz, primeiramente é para garantir a cachaça, depois se der, comer ou arrumar alguma coisa para dormir mais confortavelmente. Seu cotidiano e a de vários indivíduos ocorrem de forma parecida, com uma rotina premeditada e sequencial, conjuntamente ou não com outros indivíduos. Chamam-se de “aliados” como se membros de uma tropa fossem e planejam suas ações pela manhã, propositando possíveis maneiras de conseguir dinheiro, discutindo suas posições no estacionamento ou traçando rotas em busca de novos caminhos para conseguir materiais recicláveis. Quando alguém está doente, todo mundo se mobiliza para arrumar dinheiro mais rapidamente, conversam com a respeito e alguém sempre diz qual remédio tomar. Sempre que estão juntos, parece a atuação de uma equipe multiprofissional, um faz isso.... Outro sabe fazer aquilo... “Sempre dá um jeito”. Diante desta forma de se organizar, os indivíduos acabam por compartilhar também as drogas, pois em algum momento alguém está em situação de necessidade, muitas das vezes agem como se nada pudessem perder.

PIAUI “- No meu caso, eu prefiro ir procurar material reciclável do que ficar vigiando carro. É bom porque não tem que ficar aguentando ninguém encher o saco mas é ruim porque tem que andar muito. Eu conheci Taguatinga toda em uma semana perambulando, sei onde que acha e onde que não acha papelão, latinha. Sei onde é o cartório, as delegacias, o hospital, posto de saúde, escola, sei onde é tudo. Se me perguntar eu falo! Semana retrasada eu cortei o pé com caco de vidro lá perto do centro, estava ficando feio, doendo e inchado.... Eu não conseguia andar. Eu havia saído de manhã cedo para procurar material reciclável e acabei ficando por lá de manhã e a tarde. Tive que ficar só vigiando carro por lá, deixaram eu ficar

em um espaço do estacionamento que tinha árvores, perto da biblioteca, os próprios mendigos ficaram com pena de mim. Mas o pessoal é gente boa, milagrosamente conseguiram “charlatar” um carro da SAMU. Me levaram para dar um “rolê” rapaz. De quebra ganhei uma injeção, lavaram minha “peréba” com soro e me costuraram, me senti um “fuxico” da rua. Devem ter mentido falando que era um senhor que estava machucado, porque quando fala que é para morador de rua, não vem o SAMU, só a polícia. Quando eles chegaram e me olharam de cara feia, fecharam a cara como se não quisessem ter vindo, como se morador de rua fosse perca de tempo! Mas depois que me conheceram todo mundo ficou amigo, aproveitei a carona e desci lá perto do beco, fiquei lá descansando com os cachorros, ganhei até água de coco.

Por vezes em sua trajetória Piáu foi beneficiado ou prejudicado pelo álcool. Ao lançar um olhar crítico sobre a situação, pode-se dizer que comprometeu sua saúde e seu bem estar físico, todavia ao se atribuir um pensamento mais sensível que considere seu contexto e trajetória. A bebida alcoólica talvez possa ajuda-lo na conturbação de seus fenômenos emocionais, mentais. Condicionando pensamentos e causando esquecimento. É impressionante como o álcool o transforma em um sujeito mais sociável e sorridente. Piáu entende que a cachaça lhe trouxe vários problemas de saúde direta e indiretamente. A seu ver, não era necessário o consumo excessivo antes de estar na rua, mas que agora é. Acredita que não foi o álcool que tenha impulsionado sua situação, mas que é uma consequência de suas decisões. Talvez esteja “cego” ao dizer que lhe faz bem, mas é fato que no âmbito da rua, lhe traz certo “equilíbrio” psicológico, como diz: Faz tudo por ela, mas não faz nada sem ela, “eu sou aquele bêbado quieto”. Piáu apresenta sinais crônicos de alcoolismo tais como as mãos com rachaduras, o rosto extremamente vermelho e constante fraqueza, é descrente dos serviços de saúde e só quer viver sem ser atormentado.

## **5. Considerações finais**

Este trabalho se propôs a argumentar -tanto teoricamente quanto no trabalho de campo- a População em situação de rua de forma a explorar o contexto histórico e atual, das questões sociais da rua e das políticas que direcionam questões relevantes para saúde pública.

A partir de uma série de contextos sociais e políticos essa população é “legitimada” pelo Estado como um conjunto de indivíduos que também são cidadãos

detentores de direitos e que precisam urgentemente de amparo. Mas na realidade é “ilegitimada” pela outra “parcela” da população. O próprio Estado é constituído de pessoas que não são isentas de estigmas e sentimentos comuns, principalmente o pré-conceito, o medo e o nojo. Denota-se no mínimo o “desinteresse” quando as instituições se limitam a pesquisar e buscar explicações superficiais.

É notório que não importa às instituições, o conjunto de fatores que favorecem o declínio do indivíduo até a rua. Cumprem-se atendimentos, processos burocráticos impessoais, ações de caráter “quantitativistas” baseadas em pesquisas censitárias.

É um desalinhamento que torna a situação ainda mais questionável, principalmente nos maiores centros urbanos. Crimes recorrentes, ruas inteiras ocupadas por pessoas consumindo indiscriminadamente drogas como o crack. Traficantes ampliando seu mercado e até transmissão de doenças contagiosas, pessoas desaparecidas e muitos outros “términos”. A incidência de pessoas em situação de rua traz riscos ao espaço público e prejuízos para o Estado.

As próprias ações decorrentes das suas impossibilidades na rua tornam a população em situação de rua com estigmas negativos, principalmente para as pessoas que são vítimas de suas ações. Consequentemente limitam-se as ações políticas que apuram e amparam. Prevalecem as ações coercitivas, impositivas e repressivas, pois mesmo esquecendo a culpabilidade atribuída a esta população, o que chega “da rua aos palácios” é enviesado, pois é preferível a tradução do conhecimento perante a realidade do que é observado ao que é ouvido e acompanhado.

Além de tomar apenas medidas sanitárias e restritivas, o Poder público não informa à população o que diz respeito sobre este fenômeno urbano causado pela miséria e precariedade. Como se simplesmente sofressem as consequências de suas atitudes, de seu destino, são desprezados pela história, considerados sem potencial para contribuir com a sociedade. Portanto não são respeitados como pessoas, “como gente”. Dessa maneira, podemos refletir a respeito do foco institucional no sujeito, mesmo que já seja previsto legalmente a consideração das especificidades dos sujeitos. “Será que precisam apenas de um lugar para dormir?”. “Estão na rua porque usam drogas, ou usam drogas porque estão na rua”?

O Decreto nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, vai ao encontro da incorporação dessa especificidade, tendo como referencial a equidade, quando diz que um dos seus princípios é o “respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade,

nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência” (BRASIL, 2009).

À vista disso, foram desvendadas questões históricas, jurídicas e científicas sobre a população em situação de rua, de modo a sintetizar uma investigação geral que discutiu a condição dos indivíduos sobre a perspectiva social e da Saúde Coletiva.

Seria pré-conceito de a minha parte apontar que todo o indivíduo em Situação de Rua tem problemas, existem indivíduos que moram na rua porque querem e talvez não sejam compreendidos. Muitos se adaptam e conseguem levar a vida diante das adversidades, pois a Rua é muito além do que um espaço público, mas no entanto, não estão isentos dela. Como afirma Frangella 2004,

As ofensas verbais e ameaças são práticas recorrentes contra a população de rua e podem acontecer a qualquer hora: expulsões feitas por comerciantes, insultos de transeuntes, ameaça da polícia, atitudes jocosas de crianças e adolescentes – entre estes, meninos de rua –. Já os roubos e agressão física também ocorrem durante o dia, mas é à noite que se multiplicam e se agravam, levando muitas vezes a ferimentos graves e à morte. (FRANGELLA, 2004, p. 276).

E isto leva a crer que os problemas de saúde na rua são ocasionados também pelas relações estabelecidas, com a convivência e a recorrência. Convivência existente ou não e recorrência de atitudes. Portanto por estarem sempre no espaço público, os problemas sociais tem impactos diretamente sobre a vida dos indivíduos, principalmente sobre a saúde, ainda mais quando se tem dificuldade de ter acesso aos serviços públicos.

Mas como se promove saúde na rua? Como apaziguar conflitos, desavenças? Cuidados próprios? Não há como equacionar essa questão, foi analisado diante do processo saúde-doença, o quanto a relação entre os sujeitos pode influenciar direta e indiretamente as práticas e atitudes deste indivíduo doente, os caminhos a serem percorridos e as condições a serem cumpridas.

## **Piauí (Raimundo)**

Sobre a análise geral dos relatos, “Piáu” nordestino migrante, sem estudos, trabalhou em qualquer emprego informal que se possa imaginar. Desembarcou na

cidade Estrutural com a família desestruturada, apenas com o filho e com o intuito construir uma nova vida, pois foi abandonado pela esposa por não deixar de beber.

O alcoolismo e o vício em drogas interferem na unidade familiar tanto pelos conflitos que provocam, sejam estes violentos ou não, quanto pelo desequilíbrio do orçamento doméstico que o consumo compulsivo tende a produzir. A desagregação (ou não) daí, oriunda depende dos limites de tolerância afetiva e de vulnerabilidade econômica que a unidade familiar pode suportar. No caso de famílias situadas no limiar entre a pobreza e a miséria, o vício do provedor principal pode significar a desintegração da estrutura familiar. (SCOREL, 2000, p. 104).

E assim se tornou mais próximo da “Rua” que também apresentou para seu filho. Passou a beber com maior frequência. Logo teve vários problemas de saúde decorrentes de seus empregos, na maioria das vezes, ocasionados também pelo álcool. Antes de ir morar na rua, a cachaça ocupava grande parte do dia de Raimundo, só parava de beber quando ia trabalhar. A autora Botti reconhece que, *“Entre outros fatores psicodinâmicos, o padrão de uso de risco do álcool também se relaciona a uma série de questões sociais, entre elas a fraca inserção no mercado de trabalho, baixa escolaridade, baixa renda, falta de vínculo familiar e condições de moradia precária”* (BOTTI, 2010, p. 15).

Quando desempregado, o álcool consumia quase todo seu dia, ou bebendo, ou em busca da bebida. Cada vez mais íntimo da rua, ficou perdido perambulando e passou a dormir nas calçadas, bêbado e largado. Abandonado pelo filho acostumou-se com o concreto frio, não se incomodava mais com as restrições, enquanto houvesse forró e pinga, tudo estaria bom. Consequentemente a ausência de relações com seus familiares o conduziu para aumentar seu consumo de bebidas alcoólicas.

Intensificou o consumo depois do abandono e nada mais importava já que pelo menos o filho estava “bem”. Vagou pela rua até encontrar companheiros em um beco. Continuou a beber até perder a consciência com recorrência, lesionava-se por brigas ou não sabe nem pelo o que. Mal se alimentava. Todo dinheiro que conseguia era para bebida.

Estava sem condições, a ponto de sobreviver apenas de doações. O que lhe restou foi espaço no estacionamento para conseguir moedas, alguns papelões para deitar e muita vontade de beber cachaça, todo dia o dia inteiro. Cada vez mais suas

relações se constituíam na rua, a partir dos integrantes do grupo do beco passou a conhecer prostitutas e traficantes.

Também passou a utilizar drogas ilícitas. Piauí adverte que o próprio grupo pode ser benéfico ou maléfico, pois a cooperação também traz influências diretas, um indivíduo acaba sempre dependendo do outro. Por começar a beber antes de morar na rua, disse que no começo o álcool é bom, que acostuma e se resolve vários problemas da vida, a ressaca é leve e não atrapalha a rotina. Enquanto há “o uso” do álcool, as consequências são menos severas. Porém com o “abuso”, a bebida passa a ter significado diferente para o indivíduo.

O álcool é atribuído como algo ruim como disse, mas reconhece que diante de muitas situações que viveu, o álcool o ajudou a “não enlouquecer”. De fato, sem juízos de valores, pode-se perceber que teve vários problemas, a curto e longo prazo. Problemas sociais como perda do emprego, abandono familiar. De saúde, relatou que tinha ressacas constantes, indisposição e mal súbito recorrente enquanto trabalhava. Antes de “ser da rua”, o álcool tinha sentidos e significados diferentes para Piauí, era associado à esbórnia e curtição.

Na rua, tornou-se uma necessidade indispensável, tudo que fazia além de beber teria que ser após beber. Primeiramente, sempre o álcool. Como afirmou, o simples fato de “aguentar” a rua já justifica o consumo. Diante da reincidência surgiram problemas crônicos, principalmente nas situações do cotidiano, pois sempre bêbado, não deixava de realizar as suas atividades.

Machuca-se constantemente por quedas, envolve-se em brigas, perde a consciência, perde memórias com frequência, usa outras drogas e raramente utiliza os serviços públicos de saúde emergenciais, apenas quando “entra em coma alcoólico” e consegue alguém para leva-lo no hospital.

Foi relatado que o local próximo ao beco tido como referência de estadia próxima, é reputado como espaço discriminado que não deve ser atendido pelos serviços emergenciais: *“Piauí – Moço se tem alguém passando mal agente liga no SAMU, mas se falar que é aqui do Taguacenter eles nem vem, já sabe que é morador de rua”*. Neste sentido, a autora Botti nos traz a constatação de que, *“As populações em situação de vulnerabilidade ou depressão social estão mais sujeitas ao sofrimento mental, mas não faz e nem deve fazê-las vítimas de um destino imutável e nem de uma realidade estática”* (BOTTI, 2010, p.16). Portanto não são indivíduos que são indignos do amparo estatal.



Para Piauí antes da rua, o álcool serviu como um elemento enfraquecedor do sofrimento por suas perdas e solidão, portanto por este ponto de vista, serviu como uma espécie de promotor de saúde mental. Quando na rua, também é utilizado como um utensílio para minimizar o que é vivido fisicamente e fisiologicamente na rua: frio, fome, desconforto, dores. Mas também é utilizado para seus medos, insegurança, raiva, arrependimentos, más lembranças. Também foi importante para Piauí conseguir associar-se a um grupo, porém, pouco a pouco o álcool continua lhe enfraquecendo, denegrindo sua saúde dia pós dia. Piauí a cada dia que passa, parece não ser mais capaz de trabalhar. Protege os veículos do estacionamento apenas com sua aparência assustadora.

### **Carlos (Vascaíno)**

Carlos Vascaíno é um sujeito que também teve abandonos familiares, porém em sua trajetória prévia à rua, o que mais o afligia eram relações conflituosas no espaço onde morou. Primeiramente na casa da sua mãe e posteriormente no cortiço onde morou. Nesta época começou a utilizar o Álcool para amenizar as tensões.

Passou a abusar do Álcool como forma de tratamento diante de um agravamento de saúde. De início não acreditava que podia ter seu problema resolvido no serviço público de saúde. Carlos tinha graves problemas de saúde bucal e além das dores, sofria por ter profunda vergonha de sua situação, como disse, por não poder conversar espontaneamente e por ter dificuldades de conseguir uma parceira, por insegurança.

Após uma série de sucessivos problemas sociais na rua, seus problemas se agravaram e o consumo de álcool conseqüentemente aumentou, gerando outros problemas. Construiu relações na rua e na vizinhança de onde trabalha como vigia de carros, estacionamento de um mercado próximo a várias residências onde dorme.

Apesar de estar na rua, Carlos tem uma visão crítica da própria situação de rua, principalmente da relação com outros indivíduos que estão em situação de rua. Para ele, a rua é um espaço de adversidades onde eles estão sempre susceptíveis às adversidades e cada um enfrenta de uma forma, com diferentes propósitos e interesses. Diz que a própria relação entre os indivíduos representa vulnerabilidades e riscos, pois os aspectos negativos da rua condicionam as desavenças, furtos e agressões. Portanto também é um espaço de constante insegurança. Ainda acredita que suas próprias limitações fazem com que sejam esquecidos.

Tudo isso revela gritantemente como o espaço público é perigoso e como tudo que o representa é, em princípio, negativo porque tem um ponto de vista autoritário, impositivo, falho, fundado no descaso e na linguagem da lei que, igualando, subordina e explora. O ponto crítico da identidade social no Brasil é, sem dúvida, o isolamento (e a individualização), quando não há nenhuma possibilidade de definir alguém socialmente por meio de sua relação com alguma coisa (seja pessoa, instituição ou até mesmo objeto ou atividade). Nada pior do que não saber responder à tremenda pergunta: ‘Afinal de contas, de quem se trata?’ (DAMATTA, 1997, p. 59).

Por constituir relações inclusive com pessoas que residiam nas proximidades. Carlos foi orientado a buscar os serviços de Saúde e assim, se dispôs a enfrentar os pré-conceitos sofridos que ocorriam principalmente por não dispor das mínimas disposições sociais, por estar fedendo, sujo e sem documentos.

Não foi bem recebido no atendimento da prestação de serviços da atenção básica na comunidade, mas foi orientado novamente a adequar sua situação para poder ser atendido. Passou a acreditar no possível atendimento, que poderia sanar seu problema e determinou-se a buscar a resolução das impossibilidades e enfrentar as objeções do sistema. Conseguiu ajuda para que fosse reconhecido como cidadão residente da área e também conseguiu atendimento no serviço de assistência social.

Após conseguir ajuda para vencer as dificuldades, “restituiu sua condição de cidadão” e apresentou-se na unidade de saúde como membro da comunidade. Foi humilhado diante de sua circunstância, tido como negligente e até culpado pelo seu próprio agravo. Não teve seu problema sanado como imaginou, porém pelo menos conseguiu a oportunidade de acabar com as dores.

Mesmo diante dos empecilhos, Carlos foi perseverante e diante da discriminação, sentiu-se envergonhado, mas esperançoso. Diante de situações vivenciadas extremas, o álcool foi responsável por mudanças em seu comportamento que desencadearam atitudes não reconhecidas como habituais. O utilizou ainda como uma espécie de automedicação durante muito tempo, quando em situação grave foi abrigado e convencido a desvincular-se para realizar procedimento odontológico, o que ocorreu com bastante força de vontade.

Dessa maneira, a saúde coletiva tem a contribuir tanto como ciência que possui “olhar” amplo sobre fatores que desencadeiam a saúde ou doença, quanto conceito estruturante e direcionador das ações e serviços públicos de saúde diante da população

em situação de rua. Principalmente por permitir investigar parâmetros de saúde nos mais diversificados contextos inerentes ao cotidiano dos sujeitos.

Atender de maneira integral e efetiva aos sujeitos em uso de drogas, dentro da perspectiva do trabalho proposto pelo CR, requer que se atente para a formação de seus agentes num sentido ampliado, agregando a essa formação não somente os saberes técnicos mas também os saberes multivariados desses agentes e de seus clientes, na construção de um saber coletivo que permita um olhar mais compreensivo e os leve considerar a questão das drogas para além do caráter repressor. (SOUZA, 2014, p.5).

Pode contribuir como ferramenta analítica para investigar ações e consequências, subjetivas ou não do cotidiano dos indivíduos. É o campo que pode melhor se aproximar e articular das políticas públicas de assistência social.

Compreender essa população, suas peculiaridades, sua vida, seus problemas de saúde não resolve o problema da desigualdade e exclusão social. No entanto, acredita-se que a investigação pode ser um caminho, enquanto mecanismo de conhecimento e denúncia social, que possibilita a visibilidade dessa situação, a fim de promover ações ou provar discussões no sentido de estabelecer políticas públicas resolutivas para as iniquidades sociais. (BOTTI, 2010, p.16).

Dessa forma, Oliveira e Nappo (2008), observam que, pensar a atenção para usuários de álcool e outras drogas numa perspectiva mais abrangente que esse fenômeno coloca em discussão, necessita-se que se considere o sujeito para além da sua condição de “usuário de drogas” e se lance o olhar para as demais dimensões que compõem sua trajetória de vida.

Pois são sujeitos em elevada condição de vulnerabilidade social e de saúde uma vez que, além dos danos físicos e psicológicos decorrentes do uso abusivo, existem os danos causados pela condição de ilegalidade ou de marginalidade a que são submetidos, expondo-os a criminalidade e violência de diversas formas.

Para tanto, o trabalho colaborou no sentido de mostrar que para tentar solucionar o fenômeno da População em situação de rua, precisa-se de ações intersetoriais conjuntas entre Administração direta e sociedade civil.

Não bastam apenas políticas públicas no que diz respeito a ações de assistência social, saúde e educação. Deve existir cooperação, de modo que os indivíduos e suas famílias sejam amparados de todas as formas, não somente de maneira assistencialista e coercitiva, mas sim socialmente, com a criação de projetos e ocupações que possam gerar renda, educação e lazer.

Desvinculando gradualmente os indivíduos da Rua, das drogas e da miséria, trazendo-lhes dignidade.

A educação é importante também para que não haja pré-conceitos, estigmas e discriminação por parte da população. Para tanto o profissional de saúde coletiva pode contribuir para os serviços terem caráter mais resolutivo, articulando-se intersetorialmente para integrar-se a outras instâncias e consequentemente conseguir desenvolver ações e serviços integrais à PSR e atos educativos à comunidade.

## 6. Referencial Bibliográfico

BENTO, António; BARRETO, Elias. **Sem Amor Sem-Abrigo**. Lisboa: CLIMEPSI, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO e GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Reflexões sobre os Deslocamentos Populacionais no Brasil**. Governo Federal, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS). **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. Governo Federal, Brasília-DF, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS). **Política Nacional para Inclusão Social da População de Rua**. Governo Federal, Brasília-DF, 2008.

BRASIL. **Decreto nº7053**, de 23 de Dezembro de 2009.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann et al. **Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.6, n. spe, p.536-555, nov. 2010.

CABRAL, Ana Lúcia. **Itinerários terapêuticos: O estado da arte da produção científica no Brasil**. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG -Departamento de Antropologia, 2009.

DAMATTA, Roberto. **A Casa & Rua** – Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

SCOREL, S. **Vidas ao léu**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

FRANGELLA, Simone Miziara. **Corpos Urbanos Errantes: Uma Etnografia da Corporalidade de Moradores de Rua em São Paulo**. Tese de Doutorado em Ciências

Sociais apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

GATTI, Bruna; PEREIRA, Camila (Orgs.) **PROJETO RENOVANDO A CIDADANIA: Pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal**. Brasília: Gráfica Executiva, 2011.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. **Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.42, n. 4, p. 664-671, ago. 2008.

PAIS, José Machado. **Sociologia da vida quotidiana**. Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Lisboa, 2009.

SOUZA, Viviane Cássia Aranda; PEREIRA, Andrea Ruzzi; GONTIJO, Daniela Tavares. **A experiência no serviço de Consultório de rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para atenção ao usuário de álcool e outras drogas**. Cad.Ter. Ocup. UFScar, São Carlos. V.22, n. Suplemento Especial, p. 37-47, 2014.

VARANDA, Walter and ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde**. *Saúde soc.* 2004, vol.13, n.1, pp.56-69.